



Amaro Silva Pinto

Trabalho de Projeto:

Implementação da Via Verde Sepsis no Serviço de Urgência – promover a Saúde agilizando processos de cuidados.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto do Politécnico de Setúbal para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), realizado sob a Orientação Científica da Professora Elsa Monteiro, Mestre em EMC.

Setúbal, Julho 2013

DECLARAÇÕES

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

(Antoine de Saint- Exupéry)

AGRADECIMENTOS

No momento em que concluímos a escrita deste relatório gostaríamos de deixar algumas palavras de agradecimento:

Ao "Hospital Arte Nova" (nome fictício da instituição do Serviço Nacional de Saúde onde decorreu o estágio), pela autorização para referenciar dados estatísticos institucionais neste relatório, pela oportunidade e facilidades concedidas para a realização do Estágio e para planificação do projeto.

À equipa de Enfermagem do SU (todos sem exceção) pela cooperação.

À colega "Kikas", muito obrigado, por todo o apoio, pelo olhar crítico, por todas as palavras de incentivo e de ânimo que nunca faltaram neste percurso conjunto.

À Enf.^a Chefe C. M. tutora do estágio pela sua colaboração, apoio, disponibilidade e ajuda nos momentos mais difíceis.

Um agradecimento especial à Professora E. M., pela orientação científica, colaboração, leitura atenta, apoio e disponibilidade;

A todos os formadores/professores pelos ensinamentos que transmitiram, e, por aqueles que não transmitiram, mas que desenvolveram em nós a curiosidade pelo saber e pela descoberta.

E por último, não menos importante, à minha família pelos momentos que lhes retirei do convívio familiar para abraçar este projeto, muito obrigado pela compreensão.

RESUMO

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS do IPS e de acordo com o seu plano de estudos foi-nos proposto a realização de um relatório de trabalho de projeto, resultante do estágio efetuado no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova”, que decorreu, aquando da frequência no 1º CPLEE em EMC na mesma ESS, entre 11 de Janeiro e 22 de Maio de 2011 e integrado na Unidade Curricular Enfermagem na Unidade Temática Estágio III.

Neste estágio era-nos pedido para desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS). A temática desenvolvida recaiu sob a Via Verde Sépsis, que se deveu a uma motivação pessoal e também pela necessidade sentida aquando do exercício profissional no Serviço mencionado.

No sentido de dar resposta à circular normativa N° 01/DQS/DQCO de 06-01-2010, e sustentados na metodologia de trabalho de projeto através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto e promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1987), e na revisão concetual da Sépsis desenvolvemos o *projeto de intervenção em serviço (PIS) - Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência – promover a saúde agilizando processos de cuidados*.

Este relatório surge como o momento final de um processo de aprendizagens e pretende relatar todo o trabalho desenvolvido no âmbito do PIS bem como descrever as competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em EMC adquiridas e desenvolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Sépsis, Via Verde Sépsis

ABSTRACT

Within the 2nd Master in Medical-Surgical ESS IPS and according to your study plan was presented to us to carry out a report of project work resulting from traineeship in ER “Hospital Art Nouveau” which took place when the frequency in the 1st CPLEE in EMC in the same ESS between January 11 and May 22, 2011 and included in the course in Nursing Unit Focus Stage III. At this stage was asking us to develop an Intervention Project in Service (PIS). The theme developed fell under the Via Verde Sepsis, which was due to a personal motivation and also by the need felt when exercising in professional service mentioned.

In order to respond to the circular normative N° 01/DQS/DQCO of 06-01-2010, sustained and methodology of project work through research, analysis and problem solving actual context and promotes a practice founded and based evidence, the Health Promotion Model of Nola Pender (1987), and conceptual review of Sepsis developed the intervention project in service (PIS) - Implementation of the Via Verde Sepsis in the Emergency Service - Promoting Health streamlining care processes.

This report comes as the end point of a process of learning and want intends to report all the work done under the PIS as well as describing the skills Nurse Specialist and Master in EMC acquired and developed.

KEYWORDS: Sepsis, Via Verde Sepsis

ABREVIATURAS

Enf^o. – Enfermeiro
Enf.^a (s) – Enfermeira (s)
Esp. - Especialista
h. - Horas
mg/dl – miligramas por decilitro
mmhg – milímetros de mercúrio
mmol/L – milimoles por litro
MODS – Síndrome de disfunção múltipla de órgãos
nº - Número
°C – Graus Célsio
p. - página
PaCO₂ – Pressão arterial de dióxido de carbono
Prof^a. – Professora
SatO₂ – Saturação de Oxigénio arterial
s.d – Sem data
u/ml – unidades por mililitro

SIGLAS

ACSS – Administração central dos serviços de saúde
ALERT – Programa informático de registo clínico
ARS - Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividade de Vida Diária
CA – Conselho de Administração
CCI – Comissão de Controlo e Infecção
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CE – Conselho de Enfermagem
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CJ – Conselho Jurisdicional
CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CODU – Centro de orientação de doentes urgentes
CPLE – Curso de Pós Licenciatura de Especialização
D.R. – Diário da República
DGS – Direção Geral de Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EC – Ensino Clínico
ECDs – Exames complementar de diagnóstico
ECTS - Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos
EDP - Eletricidade de Portugal
EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico - Cirúrgica
EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
EPI – Equipamento de proteção individual
ESEJTMM – Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado (Chaves)
ESS/IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
FC – Frequência Cardíaca
FMEA - Análise do Tipo e Efeito de Falha (Failure Mode and Effects Analysis)
FR – Frequência Respiratória
GNR – Guarda Nacional Republicana
“HAN” – “Hospital Arte Nova” – Nome fictício da Instituição onde decorreu o estágio.
HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra
IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde
ICN - International Council of Nurses
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MC – Médico-Cirúrgica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAM – Pressão arterial média
PEI – Plano de emergência interno
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço
PJ – Polícia Judiciária

PNS – Plano Nacional de Saúde

POPH - Programa Operacional Potencial Humano

PVC – Pressão Venosa Central

QREN – Quadro de Referência Estratégico Nacional

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ROE – Revista da Ordem dos Enfermeiros

RPN – Coeficiente de Prioridade de Risco

SA – Sala Aberta

SAT – Suporte avançado de trauma

SAV – Suporte avançado de vida

SIRS – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

SIV – Suporte imediato de vida

SNC – Sistema Nervoso Central

SO – Sala de Observações

SSC – Surviving Sepsis Campaign

SSTI – Soluções e Serviços em Tecnologias da informação

SU – Serviço de Urgência

SWOT - Forças (**S**trengths), Fraquezas (**W**eaknesses), Oportunidades (**O**pportunities) e Ameaças (**T**hreats)

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

TVM – Traumatismo vertebro-medular

VMER – Viatura Médica de Emergência

VNI – Ventilação Não Invasiva

VVAvc – Via Verde AVC

VVCoronária - Via Verde Coronária

VVS - VVSépsis – Via Verde Sépsis

ÍNDICE	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	14
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1.1– FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM	18
1.2 - O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	21
1.3 – EVIDÊNCIA E QUALIDADE EM ENFERMAGEM	26
1.4 – VIA VERDE SÉPSIS – BREVE REVISÃO DA LITERATURA	28
2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO	34
2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	35
2.1.1 – Definição Geral do Problema	35
2.1.2 – Análise da situação	36
2.1.3 - Problemas parcelares	39
2.1.4 - Determinação de prioridades	39
2.1.5 - Objetivo geral e objetivos específicos	40
2.2 - PLANEAMENTO DO PROJETO	40
2.2.1 - Atividades e Estratégias	41
2.2.2 - Cronograma	42
2.3 - AVALIAÇÃO	43
3 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	46
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS	46
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	54
4 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	70
5 – CONCLUSÃO	89
BIBLIOGRAFIA	93
REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS	97
ANEXOS	

ANEXOS		Pág.
ANEXO Nº 1	Pedido de Autorização ao CA do “HAN”	102
ANEXO Nº 2	Folha de Ação Formativa – Sumário e Presenças	104
ANEXO Nº 3	Informação da Enf.ª Responsável pelo SU	106
ANEXO Nº 4	Funções dos Enfermeiros no Serviço de Urgência (1ª página) “Guia de Orientação e acção dos Enfermeiros no Serviço de Urgência”	108
ANEXO Nº 5	Procedimento em caso de Falhas dos Sistemas Informáticos (1ª página)	110
ANEXO Nº 6	Circuito de utentes do foro judicial	112
ANEXO Nº 7	Formação, Supervisão, Orientação e Integração de Enfermeiros	114
ANEXO Nº 8	Contacto Familiar de Referência	118
ANEXO Nº 9	Declaração de participação com Poster Científico	120

APÊNDICES	Pág.
APÊNDICE Nº 1	ARTIGO
	<i>Projeto de Intervenção em Serviço: Implementação da Via Verde Sépsis – Promover a Saúde agilizando o processo de cuidados</i>
APÊNDICE Nº 2	Caracterização do “HAN”/SU
APÊNDICE Nº 3	Diagnóstico da Situação
APÊNDICE Nº 4	Análise FMEA
APÊNDICE Nº 5	Análise SWOT
APÊNDICE Nº 6	Planeamento e Cronograma
APÊNDICE Nº 7	Dossier Temático (Documentos presentes no Dossier Temático Electrónico) “Sépsis”
APÊNDICE Nº 8	Como proceder em caso de evacuação do serviço de urgência
APÊNDICE Nº 9	Projeto de Intervenção em Serviço – Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova”
APÊNDICE Nº 10	Plano, Apresentação (Slides) e Avaliação da Sessão de Formação
APÊNDICE Nº 11	PROPOSTA DE PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS
APÊNDICE Nº 12	Poster de divulgação Científica

FIGURAS	Pág.
----------------	-------------

FIGURA Nº 1	Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender-Revisto	23
-------------	--	----

QUADROS	Pág.
----------------	-------------

QUADRO Nº 1	Definições de SIRS, SÉPSIS, SÉPSIS GRAVE e CHOQUE SÉPTICO.	31
QUADRO Nº 2	Totais Sépsis 2010, “HAN”	36
QUADRO Nº 3	Totais Sépsis 2010, SU do “HAN” sem Sala de Observações	37

0 – INTRODUÇÃO

O reconhecimento social da profissão de Enfermagem como autónoma e independente, está diretamente relacionada com um desempenho profissional competente, responsável e de qualidade dos Enfermeiros e citando Ribeiro (2011, p. 28) *“foi reconhecida pelo Estado com a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, onde considera que a enfermagem é uma profissão que merece o reconhecimento suficiente para se poder regular nos seus aspetos deontológicos e disciplinares”*.

Para Nunes (2003) referido por Ribeiro (Op. Cit., 2011), o expoente máximo da conquista da autonomia dos enfermeiros está relacionado com o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e a criação da ordem dos enfermeiros com os seus estatutos e com o código deontológico.

Segundo a OE (2007a) a Enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento, autónoma, com um campo de intervenção próprio, tomando por objeto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida, sendo que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

A prática do exercício profissional do Enfermeiro deve basear-se em conhecimentos científicos válidos e relevantes – praxis baseada na evidência que de acordo com Nunes (2008a, p.15) *“a enfermagem é um sistema organizado e abstracto que usa o seu conhecimento na prática... se o cuidado é a nossa prática (que se caracteriza por acções e comportamentos de cuidar) então esse é o nosso conhecimento”*.

A Enfermagem, sendo uma profissão com um relacionamento íntimo com a sociedade, tem necessidade de uma permanente atualização de modo a poder dar resposta às suas exigências, transformando os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional através da incorporação de recursos que permitiram a construção das competências e do agir profissional.

Qualidade em saúde é imprescindível. O grau de exigência da mesma aumenta gradualmente, e consegue-se através do empenho de todos os intervenientes, na introdução de práticas que levem à satisfação do cliente. Consequentemente também o papel do enfermeiro tem sofrido alterações no esforço para garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, partilhando experiências e coordenando esforços, pois segundo a OE (2007b, p.8) *“consequências de uma boa prática clínica em enfermagem são evidentes quando determinam ganhos em saúde”*.

A prestação de cuidados de qualidade, com respostas baseadas em fundamentos científicos, pressupõe uma formação contínua constante. Rodrigues (2007, p. 178) diz-nos que *“o desenvolvimento profissional advém da transição entre as competências adquiridas no espaço escolar e as transpostas para os contextos de trabalho, através das práticas clínicas”*.

Segundo Hesbeen (2001) um enfermeiro especialista é um profissional que possui competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais, distingue-se dos outros, por atuar na deficiência, incapacidade e desvantagem, os seus objetivos são, analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram.

Ao enfermeiro especialista exige-se a prestação de cuidados de Enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto do cliente (indivíduo, família e grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui – Decreto-lei 437/91, (Capítulo II, referente ao conteúdo funcional).

Com o objetivo de obter o título de Enf^o Esp. em EMC frequentamos o 1^o CPLEE em EMC na ESS/IPS que, de acordo com o seu plano de estudos, era solicitado aos estudantes a realização de um estágio integrado na Unidade Curricular de Enfermagem na Unidade Temática Estágio III. Tendo em conta a frequência supracitada e no âmbito do 2^o Mestrado em EMC, de acordo com o Artigo 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de Junho e pelo Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de Setembro, surge este Relatório de Trabalho de Projeto que pretende ser objeto de apreciação e discussão para obtenção de Título de Mestre em EMC.

É de salientar que o Estágio supracitado foi realizado no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova” sob a orientação da Enf.^a Chefe C.M. e da Prof^a E.M. e teve uma duração de 270 h, no período de 11 de Janeiro a 22 de Maio de 2011.

A escolha deste serviço para estágio deveu-se à facilidade da sua realização no local de trabalho e também pelo facto deste Serviço de Urgência ser classificado de uma Urgência MC segundo o Despacho n.º 5414/2008 de 28 de Fevereiro, do Gabinete do Ministro da Saúde. Neste estágio era-

nos pedido que desenvolvesse-mos um Projeto de Intervenção em Serviço numa área problemática à nossa escolha. Assim, tendo em linha de consideração o tipo de classificação do SU referido, a área temática desenvolvida no âmbito do PIS – **“Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência - Promover a Saúde Agilizando Processos de Cuidados”** – recaiu, como o próprio título refere, sobre a Via Verde Sépsis, que se deveu a uma motivação pessoal e também por uma necessidade sentida aquando do exercício profissional no Serviço de Urgência mencionado, sustentado na metodologia de trabalho de projeto que, para Ferrito et al (2010, p. 2):

“se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”

No sentido de dar a conhecer como é que o PIS foi desenvolvido, resultante da interligação entre a disciplina como campo de conhecimento, e a prática clínica como campo de intervenção (Fortin, 1999), surge o presente relatório que, parafraseando Lessard Hébert (1996) consiste num documento de análise e de avaliação, procurando sintetizar o percurso efetuado ao longo do campo de estágio, justificar os desvios, avaliar os resultados e estruturar a informação relevante para o futuro próximo. Esta avaliação conduz o indivíduo ao estabelecimento de novos desafios e de novas metas de desenvolvimento profissional, para uma melhoria da satisfação e realização profissional e pessoal.

Nesta linha de ação, a elaboração deste relatório para além de responder a uma solicitação académica, tem como objetivo dar a conhecer as competências de enfermeiro especialista em EMC adquiridas e desenvolvidas no âmbito do estágio, bem como as competências de Mestre em EMC e como documento para análise e discussão a fim de obter o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos:

O primeiro capítulo comporta alguns fundamentos Teóricos e Conceituais de enfermagem, onde é abordado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, uma breve revisão da literatura sobre evidência e padrões da qualidade em enfermagem, sobre a organização e implementação da Via Verde Sépsis em Portugal e a definição de conceitos sobre a Sépsis.

No 2º Capítulo encontra-se explanado seguindo a metodologia de projeto, “*o projeto de intervenção em serviço (PIS)*”, reportando para apêndice uma caracterização prévia do Serviço de Urgência/“HAN”, o palco de operações/implementação do mesmo (Apêndice nº 2).

No 3º capítulo apresentamos as competências de Enfermeiro Especialista em EPSC adquiridas e desenvolvidas no Âmbito da frequência do CPLEE referido.

No 4º capítulo apresentamos as competências de Mestre em EMC desenvolvidas.

Por último, a conclusão pretende apresentar uma síntese das ideias mais significativas, a avaliação dos objetivos e os aspetos facilitadores e as dificuldades sentidas no decorrer deste percurso académico.

Face ao exposto, esperamos que este relatório reflexivo sobre o trabalho de projeto desenvolvido constitua um subsídio para a melhoria da qualidade dos cuidados àqueles que nos dão razão de existência: os *clientes*, tendo porém a certeza de que, começando hoje, decerto faríamos diferente e, decerto faremos diferente amanhã.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Corroboramos com a ideia que o enquadramento conceptual permite a elaboração de um conjunto de conceitos claros e organizados para documentar a temática em estudo, que fundamentam a pertinência no quadro de conhecimentos atuais (Fortin, 1999). Assim, neste capítulo abordaremos alguns fundamentos Teóricos e Conceptuais de enfermagem sustentado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, uma breve revisão da literatura sobre evidência e padrões da qualidade em enfermagem, sobre a organização da Via Verde Sepsis em Portugal, a definição de conceitos sobre a Sepsis e a implementação da VVS no SU que serviram de suporte à realização do PIS desenvolvido no âmbito do estágio III que decorreu aquando a frequência do 1º CPLEE da ESS do IPS.

1.1– FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM

A Enfermagem enquanto disciplina científica (um ramo do ensino) é alicerçada em teoria. Para Watson (2002, p.8)

“Uma teoria é um agrupamento de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno e, enquanto profissão (um campo prático especializado) confere significado ao conhecimento, de forma a melhorar a prática descrevendo, explicando e prevendo os fenómenos”.

Os conhecimentos teóricos dos enfermeiros permitem uma prestação de cuidados orientada em pensamento crítico e conseguem facilmente justificar os seus atos perante os outros profissionais e por conseguinte obter uma autonomia profissional (Tomey, Alligood, 2004).

A enfermagem registou entre nós no decorrer dos últimos anos, uma evolução, tanto ao nível da respetiva formação de base como ao que respeita à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso o reconhecimento do valor significativo do papel do enfermeiro, no âmbito da comunidade científica de saúde e bem assim, no que respeita à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (REPE, 1996).

Com a criação da ordem dos Enfermeiros e aprovação do seu estatuto no decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, conseguiram-se grandes progressos na enfermagem, enquanto profissão que se autorregula. Segundo Nunes (2003) referenciada por Ribeiro (2011), o expoente major da conquista da autonomia dos enfermeiros relaciona-se com o regulamento do seu exercício profissional, com a criação da ordem, dos seus estatutos e com o código deontológico. A integração do ensino de enfermagem no ensino superior e posteriormente no ensino universitário, o trabalho desenvolvido na investigação, a qualidade do empenho e desempenho dos enfermeiros, assim como a aquisição de graus académicos mais elevados, contribuíram para a afirmação da enfermagem ao nível académico e profissional.

Para Bárbara Carper (1978) a Enfermagem detém um corpo de conhecimentos organizado em padrões, tendo identificado quatro padrões de conhecimento:

➤ Conhecimento Empírico

Baseia-se no conhecimento produzido a partir da investigação empírica em Enfermagem, figura o conhecimento do que é verificável, objetivo e baseado na investigação. Deriva do paradigma positivista

➤ Conhecimento ético

Representa o conhecimento moral sobre princípios e valores enquanto linhas condutoras sobre a decisão no agir profissional, engloba ações intencionais e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. O profissional deverá estar consciente de que as distintas culturas, assim como as diferentes posições filosóficas afetam as decisões no que concerne aos cuidados de saúde.

➤ Conhecimento estético

É o conhecimento aliado às habilidades técnicas necessárias para o desenvolvimento das atividades de cuidar, inclui o conhecimento tácito e a intuição tal como a imaginação e a criatividade, requer determinadas capacidades e habilidades como a comunicação e empatia.

➤ Conhecimento pessoal

Traduz o auto conhecimento, a auto consciência e a sabedoria pessoal, assume a sua integridade, autenticidade, o seu eu.

Nenhum dos padrões pode caracterizar o cuidado de forma isolada, todos são igualmente importantes, cada um tem o seu contributo imprescindível. O cuidar com o seu verdadeiro significado é ético, é estético, uma vez que requer habilidades, é pessoal, advém do conhecimento

experimental e teórico, é intencional e é empírico, sendo viável de teorizar, pode explicar-se e prever-se.

A prática clínica, uma área de investigação, é considerada uma fonte de desenvolvimento do conhecimento. Segundo Patrícia Benner (2001), o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática requer aumento dos conhecimentos práticos, o saber como (Know-how), através de investigações científicas com base na teoria e no “saber fazer”, desenvolvido durante a experiência clínica vivida de prática dessa disciplina, descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

O perito além das regras e indicações baseia as suas ações na experiência, gere situações complexas de uma forma admirável. Obtém reconhecimento dos colegas, dos clientes e descreve situações clínicas, nas quais a sua intervenção foi notória, dando visibilidade e reconhecimento da sua perícia. A sua prestação de cuidados é intuitiva, de rápida atuação, prevê e antecipa os fenómenos, quando no seu contexto de ação demonstra segurança e perícia (Op. Cit., 2001).

A mesma autora, defende que o conhecimento prático pode enriquecer a teoria ou ser desenvolvido de acordo com fórmulas científicas, considera que as situações clínicas são sempre mais complexas e variadas do que as explicações teóricas. Sendo a prática clínica uma área de investigação é considerada uma fonte de desenvolvimento do conhecimento, não é possível no entanto dissociar a teoria da prática. Pelo nosso entender a prática é “material” enquanto a teoria é a “parte espiritual” da nossa ação. Concordamos com o referido por Nunes (2008a, p. 6), “...*não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize*”.

As teorias são modelos da realidade, em geral realidades não-observáveis diretamente. Um modelo, parafraseando Leddy e Pepper (1993), é uma abstração da realidade, um modo de visualizar a realidade, facilitando o raciocínio. Um modelo conceitual mostra-nos como vários conceitos estão relacionados entre si, abrangendo o campo da prática, do ensino e da pesquisa e são uma representação estrutural desses conceitos também relacionados entre si. Surgem no contexto da profissão de Enfermagem fornecendo uma orientação para a sua prática profissional. Fawcett (1992) salienta a utilidade dos modelos conceituais para a organização do pensamento, da observação e da interpretação do que se vê. Eles também proveem uma estrutura sistematizada e racional para o desenvolvimento das práticas. Os modelos de Enfermagem incluem os conceitos de Ser Humano, Enfermagem, Saúde e Ambiente.

Pensamos nós que as teorias de enfermagem ajudam a dar consistência aos cuidados prestados ao cliente/família/comunidade, ajudam a apoiar as intervenções e as decisões quando integrados em

equipas multidisciplinares e servem de guia de orientação na área da formação e da investigação. Estamos de acordo com Vitor et al (2005, p. 240) ao referirem que *“os referenciais teóricos incrementam as acções de enfermagem, viabilizam uma aproximação do enfermeiro com os constructos teóricos, facilitando escolhas e a adequação destes na sua prática profissional”*.

Reportando para a nossa prática, implementar processos fundamentados na evidência científica que agilizem os recursos de cuidados e nomeadamente ao cliente com sépsis, estão claramente relacionados com a promoção da saúde e com os ganhos em saúde.

As intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, relacionam-se com a mudança de comportamento, em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, o planeamento, a implementação das intervenções prescritas, serão adaptadas às necessidades e características específicas, aos objetivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se deverá também comprometer (Machado, 2009).

De entre os Modelos e Teorias de Enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que adotamos e que abordaremos de seguida.

1.2 - O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Se entendermos a promoção de saúde numa perspetiva abrangente, a mudança de estilos de vida e a adoção de hábitos saudáveis correspondem a prevenção primária. A implementação de programas/*guidelines* fundamentados na evidência e que agilizem os cuidados de saúde visam a obtenção de ganhos em saúde. A adesão ao regime terapêutico, necessária para ultrapassar uma fase crítica de saúde, será outro aspeto da promoção da saúde a que corresponde a reabilitação e a adaptação a uma nova condição de saúde (Woolf et al, 1999).

De entre os Modelos e Teorias de Enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, aquele com que mais identificamos a problemática e respetivo trabalho a desenvolver no âmbito do PIS foi com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, publicado em 1987 e revisto em 1996.

A ênfase, do PIS que pretendíamos desenvolver, recai nos fatores relacionados com os serviços e com os profissionais de saúde, que de acordo com Dias et al. (2011, p. 209) *“evidenciam o grau de*

desenvolvimento dos sistemas de saúde, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços e os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças”. Numa perspetiva holística de enfermagem, o Modelo de Promoção de Nola Pender poderá ser utilizado como modelo de análise, para entender e explicar o fenómeno da adesão, orientando a ação dos enfermeiros.

De acordo com Machado (2009, p. 64):

«Este modelo congrega aspectos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, frequentemente utilizados no âmbito da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, na medida em que defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento, salientando as crenças de auto-eficácia; e a teoria da acção racional de Fishbein, de acordo com a qual o comportamento depende de atitudes pessoais e normas sociais.

É um modelo de construção semelhante ao modelo de crenças de saúde, mas para Sakrinda (2004, p. 701) “não inclui o medo ou a ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde. Parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico”».

A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos e perceptivos individuais e de acordo com os fatores modificantes a que é exposta (Tomey e Alligood 2004).

Ainda, segundo Machado (2009, p.64):

«É um modelo individual (não se aplica a grupos), que pode potencialmente aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para explicar a mudança de comportamento e que tem como conceitos principais: factores cognitivo-perceptivos que incluem a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a auto eficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adopção de determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para realizar a acção; factores modificadores como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, factores situacionais e factores comportamentais.

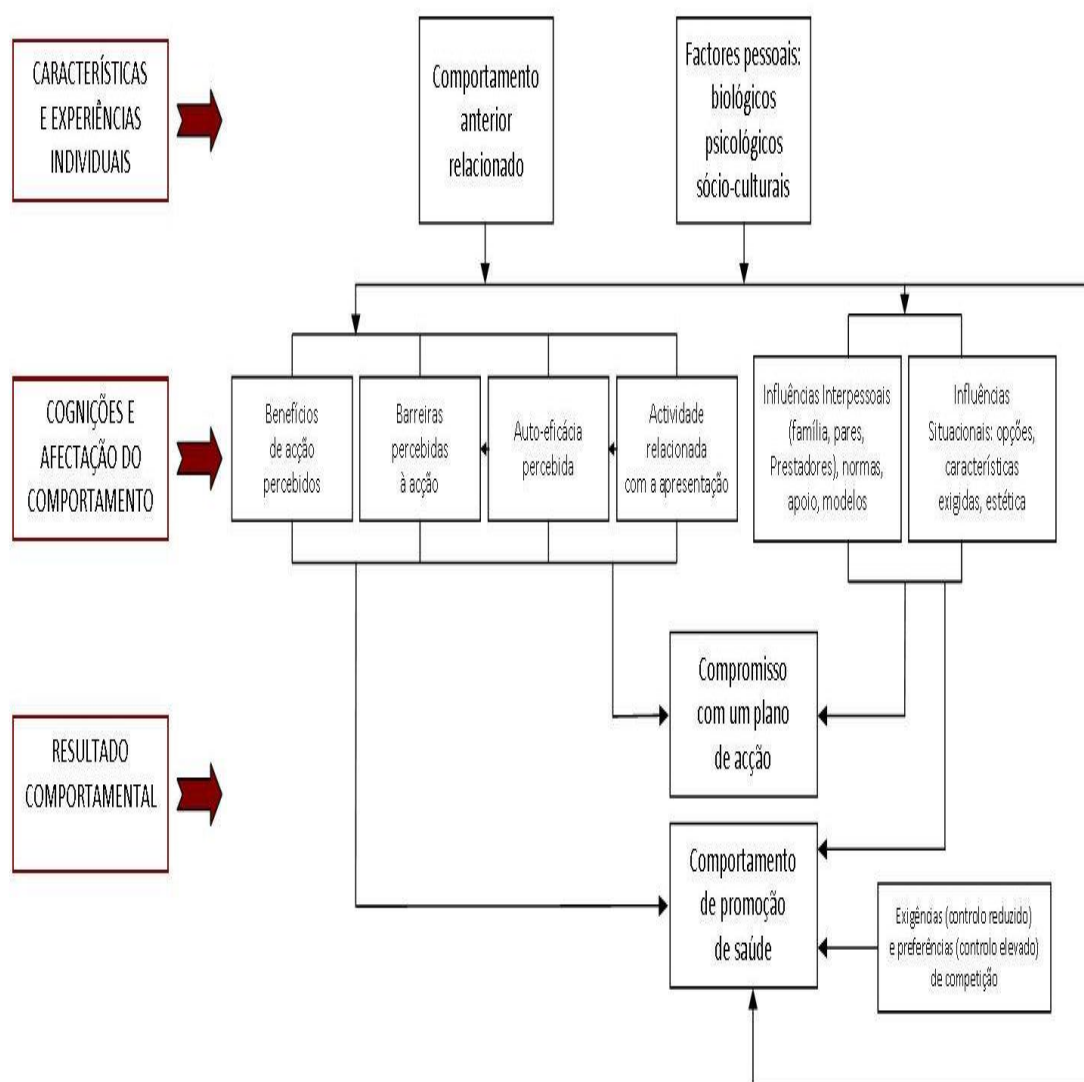
Os factores cognitivo-perceptivos são mecanismos primários de motivação e de acordo com Sakrinda (2004, p. 704) “os principais determinantes dos comportamentos de promoção da saúde”. Outros factores pessoais, como a idade, o sexo ou a educação podem também influenciar de forma indirecta o comportamento adoptado».

Posteriormente, em 1996, o modelo foi revisto (Figura nº 1) e como refere Machado (2009), algumas

variáveis foram retiradas outras foram reposicionadas e outras adicionadas, nomeadamente a atividade relacionada com a apresentação, o compromisso com um plano de ação e a procura e preferências concorrentes imediatas.

Resumindo, o modelo aperfeiçoado, centra-se em dez categorias determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afetação do comportamento e o resultado comportamental.

Figura nº1 - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (revisto)



Fonte: Pender, N. J. (1996). Modelo de Promoção de Saúde Revisto. Health promotion in nursing practice (3 ed.). Stamford: Pearson Education.

As características e experiências individuais incluem as categorias: comportamento anterior relacionado e fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

Constituem cognições e afetação do comportamento, modificáveis através das intervenções de enfermagem: os benefícios percebidos da ação; as barreiras percebidas à mesma; a autoeficácia percebida; a atividade relacionada com a apresentação; as influências interpessoais nomeadamente da família, dos pares e prestadores de cuidados, bem como as normas, apoios e modelos; as influências situacionais como as opções, a estética e as características exigidas.

Os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde, realçam o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde. Este modelo, que pretende descrever a natureza multifacetada das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, é muito relevante para a prática de enfermagem, porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital (Machado, 2009, p. 65).

É um modelo de médio alcance simples e generalizável a populações adultas, como é o caso da pessoa com Sépsis.

Do modelo de promoção da saúde de Nola Pender emerge a relevância do exercício profissional dos enfermeiros no cuidado ao cliente com Sépsis e nos ganhos em saúde, de acordo com Machado (2009, p. 68) *“os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva comportamentos de promoção de saúde, ou de adesão ao regime terapêutico”*.

A aceitação do estado de saúde, neste contexto de doença aguda deve ser sistematicamente foco da nossa atenção, pois a *“reconciliação e aceitação da pessoa face à sua condição de saúde é um requisito fundamental para criar as disposições necessárias à adopção de comportamentos de adesão”* (Op. Cit., p.70).

Reportando-nos ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a relação terapêutica será o meio através do qual os enfermeiros poderão exercer influências interpessoais favoráveis à adesão. Assim deverão estabelecer uma relação terapêutica intencional e orientada para a melhoria da adesão, integrando os conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação, pondo em prática as diretivas nacionais e internacionais (*guidelines*) para uma prestação de cuidados de qualidade e neste caso o cumprimento do Algoritmo VVS, no caso da prevenção e despiste/estratificação, tratamento e encaminhamento atempado do cliente séptico.

Deste modo, logo na Triage de Prioridades de Manchester, a colheita de dados efetuada pela equipa de enfermagem deve ser orientada de modo a obter os sinais e sintomas que a pessoa apresenta relativos à Sépsis, estratificar o seu encaminhamento seguindo os protocolos existentes para que lhe sejam prestados os cuidados de que necessita em tempo útil, promovendo a diminuição da estadia em ambiente adverso e prevenindo atempadamente as complicações.

Importa também conhecer na pessoa a viver um quadro de Sépsis o seu conceito de saúde e de doença, as suas crenças de saúde e a importância que atribui à doença, avaliar o seu conhecimento sobre a doença, a sua crença de autoeficácia, relativamente ao programa de cuidados proposto e se existem barreiras que impeçam o cumprimento do desejado, além do seu contexto familiar e social onde ela se insere, *“na realização de uma colheita de dados completa e detalhada será possível identificar correctamente os problemas e planear as intervenções mais adequadas a cada pessoa”* (Op. Cit., p. 69).

A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do sistema de saúde, deverá ser partilhada pelos utentes, instituições e profissionais de saúde, na qual se destaca a crescente participação da classe de Enfermagem pelo importante e determinante papel no estabelecimento de uma relação terapêutica intencional e orientada para exercer influências interpessoais favoráveis ao cumprimento de indicações, fomentando a capacitação.

Segundo Matos et al (2006, p.55):

“a intervenção junto dos indivíduos deverá ser no sentido de: promover a aquisição de conhecimentos acerca do fenómeno; capacitar para o reconhecimento de situações críticas de saúde, identificar e produzir mudanças nas crenças socioculturais que sustentam a saúde nos seus projectos de vida; desenvolver competências para gerir uma situação crítica de saúde; informar acerca dos recursos na comunidade”.

e acrescentamos o mesmo pensamento para promover as capacidades dos enfermeiros.

Em suma, reportando para a problemática em estudo - sépsis, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, visando a recuperação nas situações críticas e a qualidade de vida dos clientes através de uma maior participação no controlo da sua doença, alicerça a conceção da promoção de saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento/agilização de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa, embebidas na evidência científica e nos padrões de qualidade em enfermagem.

1.3 – EVIDÊNCIA E QUALIDADE EM ENFERMAGEM

A prática baseada na evidência possibilita aos enfermeiros uma visão de desafio na prestação responsável de cuidados de saúde. Abre horizontes no sentido de rever e procurar diferentes formas de atuação, sendo sempre norteados pela excelência do cuidar.

A visão da saúde sofre alterações nesta época de múltiplas mudanças, colocando aos profissionais desta área um novo repto forçando-os a um melhor escrutínio de prioridades, competências e juízo clínico. Enquanto enfermeiros temos o dever legal, ético e moral de proteger, respeitar e cuidar das pessoas que a nós recorrem, sem esquecer as nossas obrigações para com a instituição onde exercemos funções. Nesta perspetiva torna-se imperativo um equilíbrio entre qualidade de cuidados e custos de saúde. A realidade é que os hábitos da “não prática” e não a prática baseada na evidência impedem-nos de atingir os nossos objetivos, *de acordo com o ICN (2012, p.9):*

“Tomadas de decisão mal informadas são uma das razões principais pela qual serviços poderão não funcionar de uma forma ótima e poderá contribuir para variações na prática que se traduzem em serviços menos eficientes, menos eficazes e desiguais. Todos precisamos de gerir o nosso orçamento de forma produtora, por diversas razões, e a evidência tem um papel vital nesta área”.

A investigação baseada na evidência tem um papel preponderante na uniformização da prática de cuidados. Esta deve contemplar a integração do conhecimento oriundo da investigação sistemática com a práxis e conhecimentos dos profissionais. *“Os cuidados de enfermagem envolvem uma variedade de intervenções e precisam de se apoiar numa ampla gama de evidência baseada na investigação”* (Crayg & Smyth, 2002, p.10). Nesta linha de pensamento a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, reconhecida e suportada pelo Conselho Internacional de Enfermagem, permite uma harmonização, nomenclatura e objetivação com ganhos manifestos na qualidade de cuidados.

O enfermeiro, enquanto especialista tem uma responsabilidade acrescida perante os saberes: ser, estar e fazer. O mero ato de executar já não basta, há que fazê-lo com competência.

Já em 2009 o Conselho Internacional de Enfermagem advogava duas áreas de atuação para os enfermeiros especialistas: gestão e liderança, e prática profissional.

Segundo Nunes (2009) as competências destes contemplam quatro grandes áreas: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A qualidade, enquanto valor a perseguir, em cada ato de enfermagem, é reforçada pelos conhecimentos técnicos, emocionais, aptidões, recursos, e satisfação da pessoa recetáculo do cuidar, equacionado permanentemente como reciprocidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2004) preconiza indicadores de qualidade e produtividade sendo eles:

- **Organização** do serviço de enfermagem; estratégico, tático, operacional.
- **Infraestrutura física** garante espaço para prestação de cuidados, quer diretos quer indiretos, acessibilidade e mobilidade; funcionalidade e privacidade com espaços para a pessoa, para os acompanhantes e para os profissionais.
- **Profissionais** deverão ser em número suficiente e ser possuidores de competências concetuais, técnicas, relacionais e emocionais.
- **Utentes**; ter em consideração e atenção à demografia, nível de formação, problemas de saúde, o binómio expectativas/necessidades e recursos/ rede social de apoio.

Os padrões de qualidade dos cuidados constituem uma referência para os profissionais nas diversas áreas de intervenção, clínica, gestão, investigação e ensino.

Tendo por base o estabelecimento destes padrões de qualidade, a Ordem salienta o âmago da enfermagem: a promoção da saúde que cada pessoa vive e ambiciona na sua individualidade, mas, simultaneamente inserida num contexto social e cultural. Os enfermeiros, tendo sempre presente esta noção, devem prevenir a doença, promover a readaptação, bem como a máxima independência, e a satisfação das necessidades das pessoas que a eles recorrem.

A satisfação da pessoa face aos cuidados de enfermagem é um indicador de qualidade e produtividade, e traduz o resultado de boas práticas na verbalização de uma opinião positiva sobre os cuidados que lhe foram prestados. Esta constitui uma importante ferramenta de pesquisa, planeamento e administração, fornecendo *feedback* válido sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem. *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2001, p.11).

É de tal forma incontornável, a satisfação, que é capaz de influenciar a procura de cuidados de saúde, instituições e a manutenção de relações duradouras com as mesmas. Para Hesbeen (2001, p.153) *“a prestação de cuidados com qualidade será fruto, sobretudo e por um lado, do desejo do prestador de cuidados reforçar, potenciar, dar criatividade aos recursos e aptidões pessoais, e, por*

outro lado, da procura da satisfação pelos resultados obtidos, ou pelo menos, pela sinceridade e pertinência das intenções que impulsionaram a acção desenvolvida”.

Para Kemp e Richardson (1995) a prestação de cuidados não pode ser isenta de qualidade, pelo que os enfermeiros devem ser chamados a responder pela mesma no exercício profissional. Barnett (1976), citado pelas mesmas autoras (Op. Cit., 1995), descreveu qualidade como relacionada com o valor ou benefício derivado dos cuidados e define-a como o grau de sucesso obtido no alcance de metas que, consequentemente pressupõe uma avaliação dos cuidados pelos prestadores e pelos beneficiários desses cuidados que são os utentes.

Pensamos nós que a qualidade é inseparável da consciência de cuidar e é diretamente relacionável com o benefício derivado da prestação de cuidados, sem nunca esquecer a complementaridade multiprofissional no sentido da conjunção de equipas capacitadas para responder às necessidades da pessoa, sem nunca olvidar ou negligenciar o poder decisório da mesma.

A qualidade não pode ser estanque. Tem que ser flexível, inventiva, construtiva, evolutiva para que num serviço as suas características estejam sempre a ser ajustadas ao processo de melhoria. Isto significa que nunca se estabelece por ações isoladas de profissionais, mas somente pelo todo no sentido da totalidade.

Os padrões de qualidade apelam a uma práxis reflexiva e a mudanças no sentido do estabelecimento de parcerias entre cuidador e pessoa cuidada. O enfermeiro deve assumir o papel de mediador (pivot) no seio da equipa com o intuito de respeitar e ir de encontro às necessidades e propósito de saúde da pessoa, canalizando de forma correta os recursos da instituição e da comunidade (OE, 2001). Assim trabalhar com qualidade conduz à satisfação, quer dos profissionais, quer da pessoa e família, indo de encontro aos objetivos da instituição.

Implementar processos que agilizem os recursos de cuidados ao cliente com sépsis e nomeadamente o algoritmo da VVS, sobre o qual refletiremos de seguida, como processo de prestação de cuidados alicerçado na evidência, estão claramente relacionados com resultados essenciais da qualidade.

1.4 – VIA VERDE SÉPSIS - BREVE REVISÃO DA LITERATURA

A Society of Critical Care Medicine, European Society of Intensive Care Medicine e a International Sepsis Forum criaram uma campanha, dividida em três fases, denominada multidisciplinar Surviving Sepsis Campaign, conforme descreveram Dellinger et al (2008) e estabeleceram uma definição comum dos conceitos relacionados com a sépsis, como um "passo significativo" para melhorar o tratamento da mesma.

Assim, a primeira fase da campanha direciona-se para formar médicos e enfermeiros sobre a fisiologia da sépsis, incluindo sépsis grave e choque séptico em convenções e conferências e através de *podcasts*, e assim por diante. Durante a segunda fase, uma equipa internacional de especialistas em doenças infecciosas desenvolveu diretrizes de tratamento, chamados algoritmos, que foram publicados. Na terceira fase, os membros da campanha estabeleceram um processo de melhoria de desempenho e avaliação.

Com base nestes pressupostos a estratégica, de acordo com os mesmos autores concentra-se:

- Na organização dos serviços de forma a assegurar que o processo de cuidar do cliente com sépsis é precoce e eficaz (primeiras horas após contato com os serviços de saúde);
- No treino das equipas multiprofissionais para trabalho coordenado e com objetivos comuns,
- Na definição de algoritmos de procedimento centrados na periodização do diagnóstico e tratamento precoces, suporte de órgãos eficaz e controlo imediato do foco.

Esta estratégia assumiu a forma de campanha mundial sob a designação de Surviving Sepsis Campaign, pretendendo-se que nela se envolvessem profissionais de saúde, investigadores, patrocinadores e financiadores da investigação, cliente e suas famílias, forças vivas da sociedade civil e fundamentalmente as instituições de saúde e os seus responsáveis (Op. Cit., 2008).

Para o diagnóstico de sépsis a primeira consideração é observar se o cliente tem uma infeção presumida ou confirmada. Verificar se o cliente tem dois sinais fisiológicos de infeção, tais como temperatura, frequência cardíaca ou frequência respiratória elevadas. A segunda consideração é verificar o nível de glicose, a presença de hipo ou hipertermia ou a contagem de leucócitos do sangue ou um estado mental alterado de forma aguda. O terceiro componente é a disfunção de órgãos (Op. Cit., 2008).

A metodologia Surviving Sepsis Campaign desenvolve-se por “pacotes” de intervenções: o pacote de ressuscitação, que fornece orientação para o tratamento durante as primeiras seis horas após o diagnóstico de sépsis grave e um pacote de gestão dos cuidados, que abrange o primeiro período de 24 horas.

Segundo Dellinger et al (Op. Cit., 2008) a meta para o pacote de ressuscitação é completar todas as tarefas dentro de seis horas após identificação da sépsis grave. As tarefas incluem a medição do lactato do soro, a obtenção de culturas de sangue/urina antes do início dos antibióticos e administrar antibióticos de amplo espectro nas primeiras três horas após admissão no serviço de urgência ou uma hora se o cliente já estiver internado no hospital. Se o cliente está hipotenso, o pacote apela para a administração de um fluido em bolus seguido de um vasopressor. Para hipotensão persistente se o cliente não responde aos líquidos, ou lactato maior que 4 mmol / L, a equipa deve perfundir líquidos vasopressores até conseguir uma medida da pressão venosa central de 8 mm Hg ou mais e atingir uma saturação venosa central de oxigénio $\geq 70\%$ ou uma saturação de oxigénio no sangue venoso misto $\geq 65\%$.

O pacote de gestão dos cuidados (Op. Cit., 2008) inclui a administração de esteróides de baixa dose no choque séptico e outras drogas (aminas), manter o controlo da glicose, mantendo valores de açúcar no sangue entre 70 e 150 mg / dl e a manutenção de um teto de pressão inspiratória média de menos de 30 centímetros de água para clientes em ventilação mecânica.

Em Portugal a DGS, para dar resposta ao Benchmarking da Surviving Sepsis Campaign, adotou as medidas para serem implementadas em todos os hospitais, emanando a circular normativa N°: 01/DQS/DQCO de 06-01-2010, onde constam as fases de diagnóstico, intervenção e avaliação, os algoritmos e o processo de implementação de acordo com o nível de classificação institucional, apelidada de Via Verde Sépsis (VVS).

Face à problemática em estudo importa definir os conceitos relacionados com a Sépsis, resumidos no Quadro nº 1. Assim as definições apoiam-se na teoria desenvolvida por Bone et al em 1992 e nos estudos observacionais que se seguiram e de acordo com Carneiro (2011, p. 6 e 7) entende-se:

Sépsis - como a resposta do organismo à infeção, é uma das mais importantes causas de morte de doentes graves.

Infeção - como um fenómeno microbiológico caracterizado por uma resposta inflamatória à presença de microrganismos ou a invasão de um tecido hospedeiro normalmente estéril por estes microrganismos.

SIRS - A resposta inflamatória sistêmica, a uma variedade de agressões clínicas severas, que se manifesta por duas ou mais destas condições:

1. Temperatura corporal > 38°C ou <36°C;
2. Frequência cardíaca > 90 pulsações por minuto;
3. Frequência respiratória > 20 inspirações por minuto ou PaCO₂ <32mmHg;
4. Contagem de glóbulos brancos > 12000 u/ml, <4000 u/ml, ou > 10% das formas imaturas.

Sépsis - A resposta sistêmica à infecção que se manifesta por duas ou mais das condições supracitadas na definição de SIRS.

Sépsis severa - Sépsis associada a disfunção de órgãos, hipoperfusão ou hipotensão. Hipoperfusão associada a acidose láctica, oligúria ou alteração aguda do estado mental.

Choque séptico - Sépsis induzida com hipotensão e alterações da perfusão, apesar da infusão adequada de fluídos. As alterações incluem mas não estão limitadas a acidose láctica, oligúria ou alteração aguda do estado mental.

Hipotensão induzida por Sépsis: Pressão sistólica sanguínea <90mmHg ou uma redução de 40 mmHg da linha de base na ausência de outras causas para hipotensão;

Síndrome de disfunção múltipla de órgãos (MODS) - Presença de alteração na função de um ou mais órgãos num cliente com doença aguda de tal maneira que a homeostase não possa ser mantida sem intervenção clínica.

Quadro nº 1 – Definições de SIRS, Sépsis, Sépsis Grave e Choque Séptico.

			HIPO TENSÃO (PAM <90)
		DISFUNÇÃO DE ÓRGÃOS	DISFUNÇÃO DE ÓRGÃOS
	FOCO INFECCIOSO	FOCO INFECCIOSO	FOCO INFECCIOSO
	– Respiratório – Abdominal – SNC		
SIRS (2 de 4) – Temperatura <36°C ou > 38°C – FC > 90 – FR > 20 ou PaCO ₂ <32 – Leucócitos > 12000, <4000 ou mais de 10% de bastonados	SIRS	SIRS	SIRS
SIRS	SÉPSIS	SÉPSIS GRAVE	CHOQUE SÉPTICO

Fonte: Henkin, C. S. et al. (2009) - (SIRS: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; SNC: sistema nervoso central; PAM: pressão arterial média).

Um número significativo de clientes é admitido em cuidados intensivos por quadros de sépsis e um outro número significativo de clientes adquire sépsis já no internamento. Contudo, a maioria dos clientes com sépsis é tratada nas enfermarias. A mortalidade por sépsis é elevada (25-35% em caso de sepsis grave e 45-60% em caso de choque séptico. A consciência destes factos, a incidência progressivamente maior de sépsis e o aumento dos clientes com situações que predispõem ao aparecimento de quadros sépticos justificam um importante investimento na tentativa de reduzir a incidência e quando tal não é possível reduzir a morbilidade e mortalidade associada à sépsis (Dombrovskiy, 2006).

Os mecanismos de resposta do organismo à agressão, incluindo a infeção, são muito mais complexos do que se julgou inicialmente e variam com o hospedeiro, com o agente infeccioso e com o enquadramento em que ocorre a sépsis. Para Carneiro e Póvoa (2010, p.1) *“os actuais critérios de diagnóstico da sépsis têm alta sensibilidade e baixa especificidade. Os tratamentos de que dispomos atualmente são relativamente inespecíficos no que se refere às características do hospedeiro e ao modelo de resposta inflamatória / anti-inflamatória”*.

Tem sido demonstrado que os padrões de cuidados baseados em evidências¹ melhoraram os resultados com favorável prognóstico para os clientes. É necessário tentar encontrar critérios de

¹ **Evidência Científica** (Phillips B, Ball C, Sackett D, et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of evidence. Grades of recommendation. [cited 2012 Feb 18]. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>).

O grau de recomendação e avaliação (*Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation - GRADE*) define a qualidade da evidência e a força da recomendação, ponderando risco e benefício, dificuldade de implementação e custo da intervenção na prática clínica, suporta a *Surviving Sepsis Campaign Guideline – ICM* de 2008

Qualidade da Evidência		Força da Recomendação		
Grau A	Alta	Grau 1	Forte	<i>“Nós recomendamos” “Deve-se”</i>
Grau B	Moderada			
Grau C	Baixa	Grau 2	Fraca	<i>“Nós sugerimos”</i>
Grau D	Muito Baixa			

Grau de Evidência

Alta - Grau A – estudo controlado, randomizado

Moderada - Grau B - estudo controlado, randomizado com restrições* ou estudos observacionais ou coorte ampliados**

Baixa - Grau C – estudos observacionais ou coortes bem-feitos com controlos

Muito baixa - Grau D – série de casos ou opinião de especialistas

* Factores que podem restringir a força da evidência:

Estudos disponíveis difíceis de planejar ou implementar

Inconsistência dos resultados (incluindo problemas com análises de subgrupos)

Evidências indirectas (populações, intervenções, controlos, desfechos e comparações diferentes)

Resultados imprecisos

Grande possibilidade de conflitos de interesse

** Factores que podem ampliar a força da evidência:

Grande importância do efeito (evidência directa, risco relativo (RR)> 2 sem factor de confusão

Importância do efeito muito grande, com RR> 5 e sem risco de validação (por dois níveis)

Graduação da dose resposta definida

diagnóstico e estratificação da sépsis mais específicos e discriminadores através da precocidade da intervenção terapêutica (Evidência Científica de nível 1B), do suporte eficaz das funções vitais (Evidência Científica de nível 1C) e do controlo rápido e eficiente do foco infeccioso (Evidência Científica de nível 1B), (Dellinger, 2008 in SSC, 2008 e DGS, 2010).

A partir dos Algoritmos como referido atrás, todos os hospitais podem desenvolver protocolos e procedimentos assistenciais, para todos os clientes serem tratados de forma sistemática e todos os profissionais saberem o que fazer, bem como Incorporar o protocolo nos sistemas eletrónicos de registos clínicos. A existência de rotinas e o treino de aplicação dos algoritmos promovem a saúde e diminuem a mortalidade (DGS, 2010).

Alguns hospitais criaram equipas de avaliação precoce da sépsis, portanto, se um enfermeiro em qualquer unidade suspeitar que um cliente está com Sépsis, a equipa pode avaliar e começar rapidamente as intervenções, visando evitar falhas de órgãos suplementares. Com um diagnóstico de sépsis precoce, o cliente tem uma maior possibilidade de sobrevivência (Op. Cit., 2010).

O foco assistencial é identificar os clientes precocemente com Sépsis e tratá-los de forma agressiva durante as primeiras 24 horas. Este tratamento inclui a ventilação mecânica, drogas de estimulação cardíaca e diálise, pois se o cliente se deteriora e não responde ao tratamento padrão está em choque séptico, durante o qual a pressão arterial cai e os tecidos não recebem perfusão adequada, aumentam as taxas de mortalidade, para isso, é necessário melhorar as organizações e o processo como se cuida dos clientes em risco de vida (Carneiro, 2011).

A determinante que pode efetivamente contribuir para salvar vidas é essencialmente a organização dos serviços, dos profissionais, o trabalho em equipa por objetivos comuns e a capacidade para, avaliando os resultados e o desempenho, manter uma postura pautada pela vontade de melhoria contínua.

Os ganhos organizacionais decorrentes da articulação podem ser capitalizados noutras áreas dos cuidados de saúde, em particular nos cuidados ao doente grave. Assim, com base na *Circular Normativa N° 01/DQS/DQCO 06/01/2010* e nas *guidelines* da SSC (2008) (na evidência científica e recomendações nelas contidas) e tendo em conta que segundo Dellinger (2008) são os enfermeiros que dão o cuidado e acompanham os clientes 24 horas por dia, sinalizam, recolhem e registam os dados necessários para que os hospitais os avaliem, implementem ou ajustem os processos, desenvolvemos um projeto de intervenção para implementar a Via Verde Sépsis no SU do HAN que a seguir se descreve de acordo com as etapas de metodologia de projeto.

2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

Um projeto pressupõe um ato intencional de agir, é um empreendimento com determinados objetivos, levado a cabo adotando estratégias adequadas, executando um conjunto de atividades coordenadas, realizadas por uma equipa de participantes ao longo de um tempo determinado, empregando diversos recursos, orientados para um determinado fim (Ramos, 2007, p. 7).

Em Enfermagem um projeto está interligado com a população a quem prestamos cuidados – o cliente - com o objetivo de contribuir para alcançar a “boa saúde” (Barbier, 1996). Nesse sentido, reconhecemos que os projetos, são de facto fundamentais para o nosso desenvolvimento, ainda mais se pensarmos na sociedade atual em que a evolução é uma constante, em que o passado se projeta no futuro e em que o progresso se faz pela capacidade de simulação e de imaginação da própria pessoa nos seus projetos.

A realização de um PIS fazia parte integrante de um dos objetivos da Unidade Curricular de Enfermagem mais propriamente integrado na Unidade Temática Estágio III (adaptação) do plano de estudos do 1º CPLEE em EMC da ESS do IPS e que decorreu no período de 11 de Janeiro e 22 de Maio de 2011 no SU do HAN, cuja área temática incidiu na **Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência** porque revela ser uma das áreas onde o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir no contexto da sua intervenção autónoma, contribuindo decisivamente para a promoção da saúde, segurança dos cuidados e efetivamente evidenciar ganhos em Saúde.

Seguindo a metodologia de projeto, entendemos que o indivíduo se torna mais atento, crítico, confiante e exigente em relação a si, aos outros e ao meio que o envolve, logo, mais capaz de intervir socialmente, uma vez estar envolvido ao máximo na concretização desse projeto. De acordo com Jesus (2008, p. 23) *“a metodologia de projecto favorece o desenvolvimento do indivíduo na medida em que este se torna responsável pela construção do seu próprio saber”*. Esta metodologia é suportada pelo conhecimento teórico posteriormente aplicado na prática, pelo que se assemelha com a investigação-ação.

Assim, de acordo com os pressupostos daquela unidade temática apenas nos iremos focar nas fases de diagnóstico, de planeamento, estratégias e recurso sem deixar de referir os obstáculos e limitações que decorreram durante o mesmo. Contudo, apesar de, aquando da realização do estágio não estar definido a execução e a avaliação (outras das etapas que a metodologia de projeto envolve) faremos igualmente referência ao que já foi desenvolvido e à avaliação daquilo que já concretizamos até à data de hoje, e que passaremos a descrever no subcapítulo que se segue.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da Situação é a primeira etapa da metodologia de projeto, que visa a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio sobre a qual incidirá a nossa ação (Apêndice nº 3). E como referem Ferrito et al (2010, p.10):

“o diagnóstico da situação constitui a etapa inicial da metodologia de projecto, sendo pertinente que o mesmo se realize num período de tempo rápido, para possibilitar uma acção em tempo útil e devidamente aprofundado, de forma a permitir a implementação de medidas pertinentes e resolúveis”.

No serviço de urgência, onde desempenhamos funções como enfermeiro e onde realizamos o estágio, a inexistência de um protocolo de cuidados ao doente com Sépsis a prestação de cuidados a estes clientes não estava harmonizada. Uma prestação de cuidados de qualidade ao cliente com Sépsis no SU assume extrema importância na medida em que deve ser prestada o mais precoce possível, pois desta depende a sobrevivência e/ou possíveis sequelas. Assim, era nosso objetivo contribuir *“...para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2001, p.15).

2.1.1 – Definição Geral do Problema

A situação problemática por nós identificada e, por sua vez uma necessidade do serviço, relacionava-se com a ausência *de protocolo de cuidados ao cliente (adulto) com sépsis admitido no serviço de urgência do “HAN”.*

2.1.2 – Análise da situação

A prevenção, prioritária em saúde, aliada aos objetivos de segurança e de qualidade, é a melhor forma e a mais económica de evitar os problemas decorrentes das doenças infecciosas, nomeadamente a sépsis, em casos extremos a morte. Por outro lado, o PNS 2011 - 2016 apresenta como um dos indicadores de ganhos em saúde o número de dias de internamentos evitáveis por prevenção secundária (DGS, 2010b). É nessa área que este projeto se inseria, pois pretendia ser uma mais-valia na prevenção de patologias associadas à sépsis, para além de proporcionar diminuição dos custos e ganhos em saúde.

A necessidade e o interesse de implementar um protocolo de procedimentos para uma abordagem mais célere à problemática da sépsis no SU do “HAN”, surgiu com o intuito de dar resposta à *Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO 06/01/2010* e após uma reunião de sensibilização sobre a VVS em Évora organizada pela ARS (com a presença da Direção Técnica do CA do “HAN” e um Enfermeiro representante de cada serviço) a que assistimos e que foi reforçada aquando a realização de uma reunião com o Sr. Enfermeiro Diretor, enquanto Enfermeiro Responsável pelo SU.

Nesta linha de ação, e dada a inexistência de protocolos de Via Verde Sepsis no SU do HAN, o nosso PIS incidiu nesta área temática após solicitação prévia de autorização ao CA (Anexo nº1).

Tentamos conhecer a realidade do “HAN” Quadro nº2), e do serviço de urgência em particular (Quadro nº 3), sobre o número de clientes admitidos e internados por Sepsis e Infecção grave em 2010.

Quadro nº 2 – Totais Sépsis do “HAN”

Doença - > 17 anos	Nº totais 2010	Média do nº de dias de internamento 2010
Sepsis	110	24
Choque séptico	71	29
Septicémia	120	24
Mortes por sepsis /choque e septicemia	57	15

GDHs: Dados relativos à incidência dos diagnósticos apresentados, para doentes com idade superior a 17 anos, independentemente do serviço de alta

Quadro Nº 3 – Totais 2010, SU do “HAN” sem Sala de Observações

Doença - > 17 anos	Nº totais 2010	Média do nº de dias de internamento 2010
Sepsis	19	2
Choque séptico	10	2
Septicémia	19	2
Mortes por sepsis /choque e septicémia	16	2

GDHs: Dados relativos à incidência dos diagnósticos apresentados no SU, para doentes com idade superior a 17 anos

É na fase do Diagnóstico da Situação que se deve proceder à recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa, pois é uma etapa que se traduz numa pesquisa – ação, pelo aprofundamento que pressupõe (Guerra, 1994).

Deste modo, para fundamentarmos a nossa intervenção nesta área construímos uma FMEA (Apêndice 4), que consiste numa metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planear ações para aumentar a confiabilidade (Pires 1999, p.47).

Para Chiozza e Ponzetti (2009), a análise FMEA permite uma sequência lógica e sistemática de analisar os riscos:

- Identificar modos de falha conhecidos e potenciais, para cada etapa;
- Determinar o efeito potencial de cada modo de falha;
- Ranking da gravidade dos efeitos do modo de falha;
- Ranking da probabilidade e detectabilidade de cada modo de falha;
- Identificar as áreas de maior preocupação (modos de falha críticos);
- Avaliar o potencial de risco de cada modo de falha e definir medidas para redução do risco de falha;

Pires (1999, p. 399) acrescenta que uma FMEA *“Consiste na detecção das falhas que podem ocorrer com mais intensidade e a gravidade que essas falhas implicam no processo e uma vez calculado o RPN para cada modo de falha, a acção correctiva deverá dirigir-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto RPN e a elementos críticos”*

Assim, da análise da FMEA, aplicando a fórmula que nos dá a prioridade de intervenção (gravidade x ocorrência x detecção), constatou-se que no processo de prestação de cuidados as áreas a intervir por ordem de prioridade de risco eram as etapas:

1ª Etapa – com um RPN 224 pontos - escolhida para intervenção em primeiro lugar, por ser a entrada principal do processo para a atribuição correta da prioridade na triagem de Manchester articulada com a triagem Via Verde Sépsis.

4ª Etapa com um RPN 400 pontos - a melhoria nesta etapa passa pela formação e treino do pessoal de enfermagem.

5ª Etapa com um RPN 280 pontos - para a agilização desta etapa é necessário a aquisição prioritária de uma máquina (análise rápida do lactato no sangue).

7ª Etapa com um RPN 192 pontos - a ênfase desta etapa é colocada na solicitação de hemo e uroculturas e na execução rápida da colheita.

12ª Etapa com um RPN 256 pontos – a ênfase nesta etapa é colocada na administração de terapêutica adequada e na otimização da entrega tecidular de oxigénio.

Tendo presente as prioridades de intervenção e após brainstorming com os enfermeiros, chefes de equipa de enfermagem do SU do “HAN” que consideraram o tema do PIS que se pretendia desenvolver de grande importância, foi elaborada uma Análise de SWOT cujos pontos fortes apontados foram a formação dos enfermeiros na área e com a implementação do protocolo de atuação. E como fraquezas, a fraca adesão dos enfermeiros e o projeto ser financeiramente elevado face à conjuntura sócio económica atual do país (Apêndice nº 5).

Como oportunidades identificamos ainda as necessidades e expetativas dos enfermeiros, que estão em consonância com o plano de ação do serviço e a DGS, o que promoverá um desempenho eficiente da equipa de enfermagem e uma gestão adequada, para alcançar os objetivos da equipa e do serviço. Considerada a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do CA, como ameaça.

Dados os resultados obtidos através dos instrumentos de gestão aplicados e pelo facto do tema do projeto - **Implementação de um protocolo VVS no SU** - ser uma área de interesse pessoal, bem como uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do SU do “HAN”, foi nesta área que incidiu o nosso PIS, pois segundo Mezomo (2001) não é possível fazer sobreviver uma organização, se não se satisfizer as necessidades dos seus clientes e profissionais. Logo uma cultura organizacional de qualidade permite um ambiente de integração e participação dos seus profissionais, para uma oferta de serviços de qualidade. Para isso é também necessário que todos

os profissionais de saúde envolvidos, rescaldados na compreensão das relações humanas, munidos dos seus instrumentos de trabalho (Protocolos, Normas de Procedimento e sobretudo da relação de ajuda) indo de encontro ao preconizado por Nola Pender no seu modelo aquando das influências interpessoais, tenham consciência do que podem fazer para obter ganhos em saúde, o mesmo quer dizer, qualidade de vida nos seus clientes.

À semelhança com a VVAvc e a VVCoronária já implementadas e com organização metodológica dos cuidados e ganhos em saúde apercebidos é imperioso, para incrementar a qualidade dos cuidados e promover a Enfermagem tornando-o uma mais-valia, a implementação do Algoritmo da VVS que possibilita à Instituição cumprir o disposto pela DGS no que concerne ao procedimentos desejáveis a adotar nesta área e reduzir os custos associados.

2.1.3 - Problemas parcelares

Os problemas parcelares advêm da decomposição do problema geral, apresentados sob a forma de questões que indiciam a procura de soluções para o problema definido. Como tal, foram identificados os seguintes problemas parcelares:

- A ausência na harmonização dos cuidados prestados aos clientes com sépsis admitidos no SU por inexistência de protocolo VVS
- Falta de formação **específica** dos profissionais do serviço de urgência do “HAN” para uma abordagem sistematizada ao Cliente com Sépsis

2.1.4- Determinação de prioridades

Foram determinadas as seguintes prioridades:

- A necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a Sépsis
- A elaboração dos documentos necessários à implementação da VVS no que respeita a procedimentos, pósteres, e
- A necessidade de formação dos profissionais do serviço de urgência do “HAN” para uma abordagem sistematizada ao Cliente com Sépsis

2.15 - Objetivo geral e objetivos específicos

A realização deste projeto, implementação de um protocolo VVSépsis no SU do “HAN”, tinha como objetivo geral:

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente/família com Sépsis admitido no SU do “HAN”

Perante a necessidade de dar resposta ao objetivo geral, foram traçados objetivos específicos, que se pretendiam exequíveis no espaço temporal existente, concretizáveis através de ações e estes eram:

Elaborar documentos necessários à implementação da VVS

Formar/treinar a equipa sobre sépsis e via verde sépsis

Implementar a via verde sépsis

Resultante da análise de situação, da determinação das prioridades e dos objetivos traçados e para a concretização dos mesmos, planeamos uma série de atividades, as quais iremos descrever no subcapítulo seguinte.

2.2 - PLANEAMENTO DO PROJETO

Neste subcapítulo pretendemos dar a conhecer a terceira etapa da metodologia de projeto, o planeamento que segundo Guerra (1994) consiste na seleção de estratégias que permitam a articulação entre os objetivos e os recursos e potencialidades do meio de intervenção. Citando Maximiano (2006, p. 22):

“ o planeamento possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando o trâmite adequado e reavaliar todo o processo a que o planeamento se destina sendo, portanto, o lado racional da acção. Trata-se de um processo de deliberação abstracto e explícito que escolhe e organiza acções, antecipando os resultados esperados”.

Foi nesta fase que se planearam atividades e estratégias, se identificaram os recursos necessários à exequibilidade dos objetivos, bem como à enumeração de indicadores de avaliação, como relatamos de seguida (Apêndice nº 6).

2.2.1 - Atividades e Estratégias

As escolhas das atividades e estratégias realizadas permitem alcançar os objetivos traçados (Fortin, 1999). Efetuamos pesquisa sobre sépsis na biblioteca eletrónica nacional (B-on) e base de dados internacionais recentes (Ebsco), em *sites* específicos (dgs.pt e ssc.com), em bibliografia disponível na escola e em bibliografia disponibilizada pelos professores. Procuramos fazer também um Benchmarking do protocolo existente nos HUC, na recolha de subsídios para a nossa proposta de protocolo.

Assim as atividades planeadas para os objetivos delineados:

1º Elaborar documentos necessários à implementação da VVS

Pesquisa bibliográfica que incidiu sobre a Sépsis; Via Verde Sépsis; *Guidelines* Sépsis e Protocolos de atuação;

Reunião com o Médico coordenador e com a equipa de enfermagem do SU para proceder à elaboração do protocolo sobre a Via Verde Sépsis e ECD necessários para agilizar o processo;

Elaboração de proposta de protocolo Via Verde Sépsis no SU;

Elaboração de tabelas de antibioterapia e de drogas vasopressoras da VVS para o SU;

Elaboração das folhas de triagem e registos da Sépsis;

Elaboração da *checklist* (requisitos para despiste de Sépsis);

Apresentação dos documentos supramencionados ao Coordenador do serviço de Urgência, à Enfermeira Responsável pelo SU e à equipa de enfermagem para recolher sugestões;

Realização de alterações caso necessário;

Impressão de pósteres com o algoritmo VVS;

Pedido de autorização para implementação dos documentos elaborados.

Como indicadores de avaliação para este objetivo perspetivou-se todos os documentos realizados e o *poster*, necessários à implementação da VVS.

2º Formar os profissionais do SU sobre a VVSépsis

Realização de pesquisa bibliográfica sobre a Sépsis;

Realização do planeamento da formação;

Preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos);

Elaboração do plano da sessão;

Articulação com o Departamento de Formação para candidatura ao QREN/POHP de formação externa creditada e direcionada aos Enfermeiros e Médicos do “HAN” que prestam funções no SU e para disponibilidade de sala para a formação, e, articulação com a Enf.^a responsável pela formação do serviço para realização das mesmas;

Divulgação da formação no placard da sala de enfermagem da urgência e via intranet – correio eletrónico de todos os elementos da equipa;

Realização da formação;

Avaliação da formação.

Como indicadores de avaliação para este objetivo perspetivou-se todos os Diapositivos elaborados; Plano da sessão efetuado; Formação realizada.

3º Implementar o protocolo Via Verde Sepsis

Reunião com o Enf^o Diretor, com o Médico e Enf.^a Responsáveis pelo SU para discussão dos documentos necessários à implementação da VVS;

Realização de pedido de autorização;

Implementação da VVS;

Preenchimento da *checklist* (Requisitos para despiste de Sépsis);

Como indicadores de avaliação para este objetivo perspetivou-se a avaliação do desempenho/ desempenho do processo.

2.2.2- Cronograma

Inicialmente elaboramos o cronograma para as atividades a desenvolver (Apêndice nº 6), o que para nós foi uma estratégia organizativa pois, obrigou à definição cronológica das atividades, relativamente a cada objetivo, impedindo a dispersão.

2.3- AVALIAÇÃO

Quando falamos em avaliar é obrigatório avaliar, não só o produto, mas também o caminho percorrido (avaliação contínua), sublinhando os seus aspetos positivos e não esquecendo os negativos.

Como qualquer projeto, a sua base está numa pesquisa bibliográfica que o enquadre.

Efetuamos pesquisa bibliográfica e em bases de dados sobre a Sépsis e Via Verde Sépsis. Esta pesquisa foi efetuada em *sites* internacionais na área da Sépsis, como a Surviving Sepsis Organization/Guidelines (survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx) e a Sepsisnet.org, de forma a assegurar que a informação seria a mais atual (desde 2006) e fidedigna possível.

Este projeto baseou-se maioritariamente nas normas da DGS, nas *guidelines* da Surviving Sepsis Campaign (2008) e nas normas internas do “HAN”, que estão compiladas num Dossier temático e que ficou acessível a toda a equipa. Um *dossier* temático é um documento “vivo” e, que está constantemente em atualização, este foi também colocado em suporte informático, na pasta eletrónica do Serviço de Urgência - departamento cuidados críticos, para se tornar mais fácil o acesso de todos os elementos da equipa ao mesmo (Apêndice nº 7).

Foram também agrupadas nesse apêndice as Normas internas específicas relacionadas com a sépsis, que foram emanadas por diferentes grupos de trabalho, visadas pela CCI e homologadas pelo CA da Instituição supracitada. Na implementação de protocolos, que implicam a administração de fluidos e que implica submeter os clientes a procedimentos invasivos devemos ter subjacente o conceito de IACS pois, segundo a DGS (2007) *“a prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções”*, bem como as medidas no âmbito do controlo de infeção necessárias à redução das infeções referidas.

Também o controlo da Dor foi tida em linha de conta neste projeto, segundo a DGS (2008) *“O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.”* Para isso foi reforçado o uso e abuso da escala de avaliação da Dor (Eva/numérica) padronizada no ALERT - Programa informático de registos do SU.

Para a implementação da VVS, a existência de normas que regulamentem e uniformizem as práticas constituem uma mais-valia. Segundo Cartoni (2011, p.65):

“Normas são leis que regulamentam determinada matéria. Quando não existe uma norma única para regulamentar um determinado procedimento, a hipótese de haver algum tipo de conflito por falta de uma padronização é praticamente uma certeza. Além da padronização de critérios, as normas são importantes como indicadores do padrão de qualidade”.

Assim, tendo por base o *layout* das normas a nível Institucional foi elaborada a Proposta do Protocolo Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência com a colaboração do Médico Responsável pelo SU, no que concerne à validação da antibioterapia e dos ECDs protocolados e enviado ao CA para homologação (Apêndice nº 11). Na proposta foram anexados documentos relativos à operacionalização da mesma, nomeadamente a folha de triagem sépsis, a *Cheklis*t, orientações sépsis para o serviço de urgência (resumo) e as indicações para uma base de dados informática da Via Verde Sépsis (Apêndice nº 11 – Anexos).

Para a implementação da VVSépsis é imperioso a aquisição de algum material e equipamento, pouco dispendioso. A estratégia encontrada passou por tentar adaptar alguns materiais já existentes, contudo, pensamos ser crucial solicitar a compra de uma máquina de medição rápida do lactato no sangue e respetiva fitas teste, semelhante à máquina de avaliação da glicémia e de cetonínemia já existentes no serviço, mas que está dependente da autorização da implementação da VVS por parte do CA do “HAN”.

É pretensão, da Direção Geral de Saúde (2010), que seja elaborado e enviado periodicamente um relatório com dados da Via Verde da Sepsis. Estes resultarão do tratamento estatístico das folhas de triagem e registos da Sépsis. Para dar resposta à DGS era necessário desenvolver uma base de dados dos registos informatizados e dos parâmetros a avaliar para esse fim, com o objetivo de ser preenchida pelo médico e enfermeiro, para tal, com base no *Benchmarking*² do programa existente nos HUC foi solicitado ao Serviço de Sistemas de Tecnologia de Informação (SSTI) apoio para a configuração de um programa informático como - Base de Dados - onde fossem incluídos os registos pertinentes para a triagem e encaminhamento dos clientes com sépsis, uma vez que o programa de registos ALERT existente no SU não permite essa possibilidade, e desta forma permitir

² **Benchmarking** (Estudo das qualidades dos líderes de mercado), DGS (2011, p.104) *“A medição contínua de um processo, produto ou serviço relativamente aos do concorrente mais forte, aos considerados líderes ou às actividades semelhantes na organização, para encontrar e implementar formas para os melhorar. Isto é uma das bases tanto da gestão da qualidade total como da melhoria da qualidade contínua. O Benchmarking competitivo ocorre quando os processos de uma organização são comparados com as melhores práticas dentro de outras organizações da área da saúde”.*

obter informação sobre o nº de casos de sépsis que ocorrem no SU do “HAN”. Programa ainda não conseguido pelas razões adiante expressas.

Este projeto, por ser multiprofissional e ter como objetivo a articulação entre os vários serviços de internamento do Hospital, além do CA, foi igualmente divulgado junto dos Diretores e Enfermeiros Chefes dos respetivos serviços, departamento de formação e CCI, pois o envolvimento de todos os profissionais é essencial (Apêndice nº 9). A necessidade de formação específica e treino dos profissionais é imperiosa no âmbito dos cuidados ao cliente com sépsis. Assim fizemos o planeamento da formação (Apêndice nº 10), a elaboração do plano da sessão interno, a preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos) e a avaliação da mesma, usando os impressos homologados na instituição para registo das presenças (Anexo 2).

Para que a formação na área da Sépsis pudesse vir a ser creditada pelo QREN/POPH, e apesar de termos pedido autorização para darmos início à realização da formação dos profissionais, até à data ainda não obtivemos resposta do Departamento de Formação e do CA, situação esta que constituiu um fator negativo para o desenvolvimento do projeto e de acordo com a DGS (2011, p.10):

“os factores contribuintes organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites) nas consequências organizacionais indicam os resultados directos para a organização, como o aumento da utilização de recursos para cuidar do doente ou consequências legais por défice no trabalho em equipa”.

Contudo, esta não foi formalmente realizada até ao momento, apenas foi explicitado o protocolo, ainda que não homologado dando a conhecer a sua existência, numa sessão comemorativa do Dia Internacional do Enfermeiro aos profissionais da Instituição.

Apesar de ter sido possível desenvolver todos os documentos que permitem a implementação da VVS, as contingências económicas vieram trazer um grande revés ao projecto (Anexo nº 3). Por outro lado, outro aspeto, o mais constrangedor, prendeu-se com o facto do CA se encontrar em gestão corrente desde 01 de Janeiro de 2010 o que inviabilizou os pareceres do Departamento de Formação, do SSTI e a nomeação de um Administrador-responsável pela implementação da VVS no HAN, contudo há a salientar o envolvimento da equipa multidisciplinar do SU que promoveu momentos de reflexão e partilha, e que permitiu aprofundar e atualizar conhecimentos traduzidos já na prática de cuidados ao cliente com sépsis.

3 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No âmbito da realização do PIS, e com o decorrer do estágio III tivemos oportunidade de desenvolver um conjunto de competências comuns e específicas do EEEPSC que iremos agora explicar.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS

Existem quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE, 2011). Como tal realizamos algumas atividades no decorrer do estágio e durante o desenvolvimento do PIS, que permitiram desenvolver um conjunto de competências que iremos agora descrever por domínios de competências.

A- Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para Lopes e Nunes (1995) cuidar da pessoa humana tem uma dimensão ética que abarca o respeito por si como pessoa e pelos outros enquanto pessoas. Integra o respeito pela dignidade, liberdade e escolha humana. Comporta uma dimensão moral, que resulta do que os outros esperam de nós enquanto profissionais, como o respeito, o serviço, a competência e a justiça.

Na prática dos cuidados a ética e a moral são fundamentais, em enfermagem reflete a especificidade do enfermeiro no exercício de funções. *“A moral diz respeito aos deveres profissionais, enquanto a ética fundamenta o agir... visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, que devem promover um bem ao utente família e comunidade”* (Pires, 2008, p.1).

Enfermagem enfoca a sua prática no saber-saber, no saber ser e estar, no saber fazer, na primazia dos cuidados – Cuidar. O foco assenta na relação terapêutica enfermeiro - cliente, que dá ênfase ao respeito, à autonomia e à dignidade da pessoa através da escolha que acredita ser a melhor decisão para si.

Enquanto enfermeiros devemos pensar na pessoa que cuidamos de forma holística, tendo em atenção o respeito pela pessoa, não como um meio mas como o fim das nossas ações, termos consciência das necessidades do outro e de as ter em consideração, termos consciência das nossas limitações e as dos outros possibilitando o crescimento mútuo.

É de extrema importância ponderar o porquê do agir, ter como fulcro do mesmo o cuidar da pessoa. Pelo que as variadas estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria, com a decisão do cliente. Fomentamos a adoção dessa decisão pela equipa de enfermagem, liderando os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade. Porque os cuidados de enfermagem estão envoltos numa relação interpessoal, onde a informação, o consentimento livre e esclarecido devem ser uma constante.

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) encontra-se publicado na Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE). A deontologia visa proteger os direitos da pessoa assim como fundamentar as nossas ações enquanto profissionais.

Os **Princípios** descritos no artigo 78º do Código Deontológico, considerado como o artigo ético, são orientadores da nossa prática clínica; Os **Valores** servem de critério para a tomada de decisão e os **Deveres**, correspondentes às normas e condutas do agir. Assim, guiamos e fundamentamos a prática de cuidados com base em princípios, deveres e valores deontológicos, avaliando as melhores práticas de acordo com o *empowerment* dos clientes, promovendo o exercício profissional na equipa de enfermagem.

O enfermeiro diferencia-se pela formação e experiência que lhe faculta compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados (OE, 2002). Como enfermeiros devemos estar cientes de que cada pessoa deve ser respeitada como um ser individual, e para Nola Pender (in Tomey & Alligood, 2004), a pessoa é considerada, como um ser único, com características pessoais como, a autoestima e o autoconceito, pelas suas características e experiências individuais, que compreende o comportamento anterior e os fatores pessoais e as influências interpessoais.

Na nossa prática clínica tomamos consciência dos nossos valores, dos valores do outro/cliente/família, adequando-lhe os cuidados, tornando-os específicos para cuidar aquela pessoa. “...Cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada a uma pessoa e aos seus familiares - com vista a ajudá-los na sua situação” (Hesbeen, 2000, p. 67). Primamos pelo respeito, pela autonomia, pela dignidade da pessoa em interação com os outros princípios éticos

(beneficência; não maleficência; justiça e vulnerabilidade) no dever de informar e simultaneamente no consentimento livre e esclarecido, consubstanciado numa relação terapêutica, de confiança e de comunicação entre enfermeiros e clientes, permitindo envolvê-los no seu processo, com a sua tomada de decisão, dando-lhe autonomia para poder fazer escolhas, parafraseando Victor *et al*, (2005) o profissional de saúde tem de ter em conta os comportamentos individuais de cada pessoa, para posteriormente os moldar e fazer com que esta adquira novos comportamentos ou facilitam a manutenção de comportamentos saudáveis.

O direito à proteção da saúde é um direito constitucionalmente protegido, nos termos do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, e que deve decorrer num Serviço Nacional de Saúde que se quer universal e geral. Ao ser nosso objetivo implementar a VVS, pensamos que estamos a contribuir para o que está consagrado no Artigo referido. Por outro lado a Base XIV - Estatuto dos Utentes, da Lei de Bases da Saúde (MS, 1990), descreve o direito do doente decidir sobre a sua situação, regra geral e aceitar ou recusar a prestação de cuidados, tem sido nossa preocupação, sobretudo na escolha do profissional da equipa de enfermagem para a prestação dos cuidados que necessita, dentro das possibilidades existentes ou no encaminhamento para outro profissional para prestação de cuidados fora do âmbito das nossas competências.

De acordo com o descrito no artigo 78.º do Código Deontológico (OE, 2003c), o dever de cuidado do enfermeiro está envolto no direito ao cuidado dos cidadãos, onde a dignidade da pessoa humana é a base fulcral dos direitos humanos.

De acordo com o descrito na declaração universal dos direitos do homem, o ser humano tem inegavelmente direito ao respeito, o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade (PORTUGAL, 1978). A defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana relaciona-se com a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir de forma livre e esclarecida sobre a sua situação clínica, assim na prática de cuidados, tem sido nossa preocupação constante informar o cliente, fornecendo-lhe informação relevante, correta, compreensível e adequada à situação de saúde que experiencia, permitindo-lhe o consentimento livre e esclarecido capacitando-o nas suas escolhas.

No âmbito do PIS, foram mobilizados os aportes lecionados nos módulos ética em enfermagem e ética em investigação, aquando a realização do pedido de autorização dirigido ao CA para a implementação da VVS (Anexo nº1), para mencionar o nome e dados estatísticos da instituição neste relatório relacionados com a sépsis, e durante a realização da reunião de brainstorming com os enfermeiros Chefes de Equipa para conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre a

pertinência do tema a abordar e na elaboração e encaminhamento do projeto tendo em vista a sua homologação, para a agilização da prestação de cuidados em tempo útil ao cliente com Sepsis, indo ao encontro dos princípios das Políticas de Saúde inseridas na lei supra citada, nomeadamente na alínea c) da Base XIV que refere que “ *os clientes têm direito a ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito*”.

Pelo exposto, pensamos que a unidade curricular Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, nos módulos de Ética de Enfermagem, de Direito da Enfermagem e sobretudo o módulo opcional Análise do Código Deontológico, permitiu-nos a organização do pensamento crítico, a utilização do conhecimento, dos princípios e deveres que regem a profissão para uma tomada de decisão estruturada, clara, lógica e fundamentada em argumentos irrefutáveis, na resolução de situações problemáticas e dilemáticas na nossa prática, e consideramos que deu um grande contributo para a aquisição da competência supra citada, no exercício seguro, profissional e ético, *utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assentes num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas, nas preferências do cliente (competência A1) e no respeito pelos direitos humanos, na análise e interpretação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (competência A2), (OE, 2011a).*

B- Domínio da Melhoria da Qualidade

A qualidade reflete-se nos cuidados prestados e de acordo com a OE (2001, p. 5) “*exige reflexão sobre a prática para definir objectivos dos serviços a prestar, delinear estratégias para os atingir*”. Estamos conscientes que a melhoria da qualidade dos cuidados é um desafio constante, passa pela participação ativa de todos, de uma forma partilhada e motivada e deve ser sentida pelos clientes.

Também com o PIS alcançamos as competências do domínio acima descrito, uma vez que o mesmo visa ser um protocolo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e simultaneamente assegurar a promoção da saúde no agilizar dos cuidados num ambiente seguro, tanto para os profissionais de saúde como para as pessoas que recorrem ao serviço com Sepsis. Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica exigem uma avaliação contínua, para detetar precocemente complicações que possam comprometer a estabilidade hemodinâmica ou até mesmo levarem à morte (falência multiorgânica).

O enfermeiro avalia também os comportamentos/caraterísticas e experiências individuais dos cuidadores e neste contexto deve valorizá-los e promover outros conhecimentos.

Na SU coexistem outros componentes do Modelo de Nola Pender que podem ser postos em prática, como por exemplo o tópico *percebe benefícios para a acção e percebe barreira para a acção*, a autora refere que a relação entre estes dois tópicos poderá influenciar na mudança de comportamento (Pender in Tomey & Alligood, 2004). Assim, desempenhamos um papel dinamizador nas iniciativas estratégicas institucionais e sobretudo na implementação e supervisão do cumprimento das normas e procedimentos relacionados com a prática de cuidados, no âmbito do PIS e com a elaboração de um *dossier* temático podemos contribuir para a divulgação de práticas baseadas:

- Nos Padrões de Qualidade em Enfermagem segundo protocolo acordado entre o “HAN” e a OE em 2006;
- Na norma da Prevenção da Infecção Associada ao cateterismo periférico e ao cateter vesical e demais normas em vigor, constantes no Apêndice nº 7.

No decorrer do estágio demos também especial atenção à avaliação do risco de Quedas e implementamos medidas preventivas, assim como verificamos a segurança do gradeamento das macas e camas. Conhecemos o procedimento de registo de quedas que se encontra no programa *sindiet* e registamos as mesmas, pois a taxa de quedas de um serviço é um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Pelo exposto pensamos ter adquirido as competências comuns inseridas neste domínio, *pela concepção e concretização do PIS na área da qualidade associada à sépsis e a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional (competência B1)*. Reconhecendo que *a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, implementar programas de melhoria contínua como a VVS (competência B1) e na gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promove-se a envolvência adequada ao bem-estar, gerindo o risco (competência B3)*, (OE, 2011a).

Para tal, pensamos que os aportes lecionados na Unidade Curricular de Gestão de Processos e Recursos, no módulo Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade, permitiu-nos aprender e conhecer entre outros assuntos ferramentas de gestão tais como a FMEA e a Análise de SWOT que

constituiu uma mais-valia para corroborar a problemática identificada no âmbito do PIS, e assim poder desenvolver um projeto de melhoria continua da qualidade.

C- Domínio da gestão dos cuidados

Liderança é imprescindível na eficácia das organizações, implica que o líder tenha capacidade para influenciar a equipa para os objetivos da organização (Ferreira, Neves e Caetano, 2001).

Adotamos uma liderança democrática, por entender ser uma mais-valia para o serviço e equipa, uma vez que esta liderança é o resultado das sinergias da equipa, tendo em conta os motivos e valores das pessoas e a sua transformação como um todo, para alcançar objetivos comuns, com maior ambição na atuação em equipa (Op. Cit., 2001).

Pretendemos que a equipa tenha maior envolvimento no trabalho desempenhado e que se estabeleçam relações de confiança entre si, para desenvolver uma cultura de qualidade e segurança, de forma a aumentar a satisfação pessoal e a confiança do doente/Família e Comunidade, *optimizando a gestão dos recursos às situações, optimizando a qualidade dos cuidados* (competência C2), (OE, 2011a).

O enfoque na segurança do doente envolve o *empowerment* dos profissionais prestadores de cuidados de saúde, na melhoria do seu desempenho, na gestão ambiental, da segurança e do risco, incluindo o controlo da infeção, pelo uso dos consumíveis clínicos, da terapêutica e do equipamento de electromedicina, na praxis clínica, na promoção de um ambiente seguro focalizado na segurança dos clientes. Estes esperam que sejam empregues esforços para assegurar a sua segurança como utilizadores de um serviço de saúde. Logo *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2001, p. 15).

No âmbito do PIS, *realizamos a gestão de recursos humanos e materiais no decorrer do projecto em que julgamos pertinente promover a responsabilidade e envolvimento dos elementos da equipa*, (competência C1), (OE, 2011a), estando sempre presente para aconselhar e orientar na prestação de cuidados específicos, nomeadamente cumprindo as normas de higiene e segurança na recolha de espécimes para análises, aspiração de secreções, na administração terapêutica, vigilância dos locais de inserção de cateteres, substituição dos sistemas de soro a cada 72 h conforme a norma interna, isolamento dos clientes infetados ou imunodeprimidos (com o intuito de diminuir as IACS e

a prevenção de surtos infecciosos) e ao isolamento dos acompanhados pelas entidades de segurança, de acordo com a orientação interna relativa a esta situação (Anexo nº 6).

Tendo como *doente crítico*, de acordo com a SPCI (2008, p.9):

“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica a transferência dos mesmos, entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, envolve alguns riscos pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efectuáveis no serviço de urgência onde o doente se encontra Internado”.

Enquanto gestores de uma equipa tomamos como referência na decisão, planeamento, efetivação e qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte, a escolha do enfermeiro na equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do cliente a transportar) com experiência e formação em SIV, SAV ou SAT.

Consideramos pelo descrito ter atingido competências inerentes ao domínio da gestão de cuidados, sendo de referir que os aportes teóricos assimilados na Unidade Curricular Gestão de Processos e Recursos, nos módulos de Liderança de equipas e Gestão de Cuidados de Enfermagem; na Unidade curricular de Enfermagem, no módulo de Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem deram um grande contributo, cujos conhecimentos adquiridos no âmbito dos mesmos foram incrementados na nossa prática clínica.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A formação contínua deve fomentar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de algumas técnicas, no entanto um aspeto de grande relevância é que o profissional com base na sua experiência tente enriquecê-la e conceptualizá-la de forma a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e portadora de sentido (Hesbeen, 2001).

Consideramos pois, que a formação contínua deve estar sempre presente no nosso percurso profissional. A experiência isoladamente, não produz conhecimento, deve sim aliar-se à atualização de conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos. Assim, além da formação em serviço no Hospital frequentamos na ESS IPS a Pós-graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente urgência e emergência, precursora da Pós - licenciatura de Especialização em EMC, que também frequentamos e na qual desenvolvemos este PIS.

Ainda de acordo com o mesmo autor (Op. Cit., 2001), a formação constitui um elemento determinante da qualidade. E para Collière (1999, p. 339) *“ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”*. Desta forma a formação contribui para que cada um de nós construa o próprio caminho e vá adquirindo determinadas competências.

As Competências enquadram um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revelam-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias (Alarcão, 2001). Estas assumem características multidimensionais, em que as expectativas de cada um se vão modificando de acordo com as experiências que cada um vivencia e reflete (Nunes, 2002).

O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS permitiu o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com os conhecimentos adquiridos e consolidados na nossa esfera de ação aliados à nossa praxis, bastante enriquecedora. A utilização das TIC e dos métodos de pesquisa adequados, permitiram a atualização de conhecimentos válidos e pertinentes, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com Sépsis no SU do “HAN” que se querem especializados, seguros e competentes.

Refletimos bastante sobre o trabalho efetuado no decorrer do estágio, de forma a desenvolver o autoconhecimento tanto a nível pessoal como profissional, para melhorar o nosso desempenho, pela aquisição das aprendizagens individuais e organizacionais, *para atingir o melhor nível de satisfação e consciencialização de nós enquanto pessoas e profissionais, reconhecendo os recursos e os limites* (competência D1), (OE, 2011a).

Do desenvolvimento pessoal e profissional emergem mudanças significativas com base em processos formativos, orientados para a melhoria dos cuidados de qualidade em enfermagem, que *influem na competência profissional dos enfermeiros em geral e nas organizações de saúde em particular e que são um precioso instrumento capaz de lhes mostrar o caminho na procura da excelência do exercício profissional* (competência D2), (Op. Cit., 2011a). Neste âmbito e fundamentados na pesquisa científica delineamos uma formação relacionada com a Sépsis (Apêndice nº 10), elaboramos os slides e o plano de sessão da mesma e elaboramos os documentos necessários para a implementação da VVS no SU, trabalhando-os com os demais enfermeiros do serviço e anexando os mesmos no *dossier* temático patente no Serviço.

O enfermeiro especialista tem aqui um papel preponderante, na medida em que como agente de educação para a saúde, deve agir no sentido de incidir a sua atuação na promoção da saúde,

fazendo uma abordagem globalizante, pois tal como referiu Nola Pender (in Tomey & Alligood, 2004), a promoção da saúde deve constituir um objetivo tão importante para o século XXI, assim como no século XX se considerava a prevenção da doença.

Pelo que descrevemos, consideramos ter desenvolvido as competências que fazem parte do domínio do desenvolvimento e das aprendizagens profissionais, sendo de realçar que os aportes teóricos lecionados na Unidade Curricular de Ambientes em Saúde, no módulo de Psicossociologia das Organizações, possibilitaram-nos uma prática clínica mais refletida.

3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

O serviço de urgência é por excelência um serviço que permite experienciar e consolidar todas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica.

Para tal, desenvolvemos algumas atividades que estão referenciadas no planeamento do nosso projeto de intervenção e que permitiram a sistematização e consolidação daquelas competências específicas, que passaremos agora a explicar.

K.1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

K.1.1.- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

A pessoa com Sépsis é uma urgência clínica com necessidade de cuidados atempados de forma holística e em tempo útil (DGS, 2010a).

Os cuidados de enfermagem visam a identificação de focos de instabilidade, permitindo detetar precocemente complicações, respondendo atempadamente, priorizando intervenções que visam a manutenção das funções vitais (OE, 2011b).

Houve a pertinência de aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos na área da sépsis, para cuidar destas pessoas, alicerçados na pesquisa bibliográfica que contribuiu para a

elaboração do *dossier* temático, que tivemos oportunidade de o tornar disponível e acessível no serviço.

A pessoa a vivenciar processos de doença crítica ou falência orgânica carece de cuidados altamente qualificados para dar resposta às necessidades afetadas de forma a manter e restabelecer as funções básicas de vida. Nesta prestação de cuidados de enfermagem é essencial a atualização constante de conhecimentos, muito díspares, dada a exigência da complexidade dos cuidados e dos muitos procedimentos invasivos, que em situação de emergência podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

No decorrer da nossa prática, no serviço de urgência onde desempenhamos funções, é comum prestarmos ao cliente cuidados de enfermagem quer urgentes quer emergentes e desta forma detetarmos sinais e sintomas que permitam identificar eventuais focos de instabilidade, para respondermos atempadamente aos mesmos.

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram grandemente os aportes lecionados na Unidade Curricular Médico - Cirúrgica I, no Módulo de Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, que permitiram consolidar conhecimentos sobre, fisiopatologia da sépsis, choque (definição, epidemiologia, fisiologia, tipos de choque, apresentação clínica e terapêutica) e identificar os tipos de falência de órgãos e sistemas assim como os critérios de gravidade.

Consideramos, que a elaboração do protocolo da VVSépsis no serviço de Urgência permitiu a aquisição desta competência, na medida em que requereu pesquisa aprofundada sobre esta temática de forma a adquirir conhecimentos na área e a sistematizar a prestação de cuidados na antecipação do risco ou falência orgânica, constituindo-nos desta forma também elemento de referência na equipa.

K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

Uma avaliação concreta e o domínio de protocolos permitem a implementação de cuidados de enfermagem para manter as funções de vida vitais, monitorizar e avaliar as respostas aos problemas identificados, assim como a qualidade e a segurança dos cuidados (OE, 2008b).

No SU do “HAN”, existem vários protocolos complexos nas situações de via verde coronária, via verde AVC e em clientes com traumatismos vertebro medulares, além dos protocolos terapêuticos

de drogas vasopressoras, entre outras. Após a triagem, os clientes são encaminhados para a sala de emergência são ativadas as vias verdes e são cumpridos os protocolos instituídos.

Apesar de já gerirmos alguns protocolos terapêuticos complexos, situação que requer cuidados sistemáticos e urgentes, consideramos que com o projeto de intervenção que desenvolvemos no serviço “protocolo da VVSépsis no serviço de Urgência” nos permitiu consolidar esta competência, assim como implementar respostas de enfermagem adequadas às complicações que possam surgir, pois o atendimento ao cliente com Sépsis necessita de cuidados complexos logo nas primeiras 6 horas após o diagnóstico, prolongando-se esses cuidados no tempo de internamento, que requer competência e atualização de acordo com as *guidelines* atuais (Dellinger et al, 2008 in DGS, 2010).

Desta forma pensamos que ao realizarmos as atividades:

- Elaboração da proposta de protocolo VVSépsis no SU do “HAN”;
- Impressão de *poster* que contemple a sistematização dos cuidados e afixação do mesmo na Sala de Triagem, na sala de emergência, na Sala Aberta e na SO.
- Planeamento da ação de formação sobre a Sepsis e divulgação do projeto, com apresentação da proposta de protocolo;

desenvolvemos a unidade de competência.

Consideramos que com a implementação de um protocolo de atuação, que englobe conhecimentos científicos atuais e baseados na evidência, de forma a fundamentar e harmonizar os cuidados, estaremos a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança, promovendo a saúde dos nossos clientes e a promoção da prática de cuidados na equipa.

K.1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

A dor é uma experiência pessoal. A dor é um fenómeno multidimensional e a universalidade da experiência da Dor é transversal à subjetividade individual, isto é, aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe. Cada pessoa percebe a dor de forma distinta e

particular, sendo por isso a autoridade máxima na matéria que experiencia. A dor é o 5º sinal vital (DGS, 2003).

A pessoa tem o direito ao controlo da dor, de forma a evitar o sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade associada. O enfermeiro tem o dever de controlar a dor, contribuindo para o bem-estar e humanização dos cuidados de saúde, com tratamento diferenciado da dor, tendo como princípios orientadores os descritos no Programa Nacional de Controlo da Dor e no Guia Orientador de Boa prática, nunca esquecendo o envolvimento da pessoa/cuidador principal/família no controlo da dor, respeitando-lhe a sua autonomia (OE, 2008b).

As ações desenvolvidas pelos enfermeiros serão tanto mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e interpretação da Dor e da sua manifestação na pessoa. O enfermeiro avalia os comportamentos/características e experiências individuais para posteriormente os moldar e fazer com que esta adquira novos comportamentos como se depreende na análise do diagrama da Promoção da Saúde de Nola Pender (1996), quando esta refere que os comportamentos anteriores são o ponto de partida para a promoção da Saúde

As narrativas pessoais e culturais, enquanto meio de comunicação de crenças e sentimentos, ajudam a moldar a experiência da dor e as práticas com ela relacionada, permitindo aos profissionais de saúde favorecer o controlo da dor. A avaliação e o controlo das variáveis psicossociais, em conjunto com as físicas, são fundamentais para assegurar o sucesso terapêutico. Para Nola Pender existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde, (Op. Cit., 1996).

Existem instrumentos unidimensionais e multidimensionais para avaliação da dor. Pelo que se sabe sobre a Dor e os fatores que a poderão influenciar, na diversidade de cada um, será o enfermeiro, sobretudo o especialista, o profissional mais desperto para a avaliação, prevenção e controlo da dor, que de acordo com a OE (2008b, p.8) *“as boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos.”*

Na avaliação da dor devemos utilizar o A, B, C, D, E como guia orientador, assim:

A - Avaliar de forma sistemática;

B - Basear o planeamento das intervenções de acordo com a informação dada pelo cliente/família sobre a dor e como alivia,

C - Capacitar cliente/família para que possam controlar a situação da melhor forma possível;

D - Distribuir e planejar as intervenções de forma lógica, oportuna e coordenada para a pessoa;

E - Escolher a estratégia terapêutica de acordo com cliente/família.

Enquanto enfermeiros temos de ter consciência que a avaliação da Dor permite-nos conhecer melhor a pessoa de quem cuidamos, e sobretudo estarmos disponíveis para aceitar a dor que o cliente refere como sua. Englobá-la na decisão das medidas analgésicas e informá-la das formas e horários da terapêutica analgésica e adjuvante.

Informamos da possibilidade de se recorrer a intervenções não farmacológicas, cognitivo-comportamentais (entre as quais o treino de habilidades de *coping*, que permite ajudar a pessoa a desenvolver habilidades para controlar e gerir a dor e o stress; o relaxamento com imaginação, que aumenta a atenção nas sensações de bem-estar e diminui a tensão, ansiedade e dor relacionadas com a inatividade; a distração, para desviar a atenção prestada á dor); físicas (entre as quais a aplicação de frio e calor, que promovem o relaxamento muscular e o processo anti-inflamatório; a massagem, que permite o relaxamento) e de suporte emocional (toque terapêutico e conforto, que transmite apoio e segurança através do contacto, promove o relaxamento, reduz a ansiedade e a dor), (Op. Cit., 2008b).

Assim no decorrer do estágio e no decorrer da prática clínica:

- Utilizamos a escala de dor adotada pelo serviço (EVA/numérica);
- Identificamos sinais de dor;
- Gerimos medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor; e
- Opinamos sobre protocolo terapêutico da dor em realização para o serviço de urgência;

Para o desenvolvimento desta unidade de competência, tivemos sem dúvida como contributo os aportes teóricos da Unidade Curricular Médico-Cirúrgica I, no módulo de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, e a formação realizada em serviço no “HAN”, sobre o Controlo da Dor.

K.1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Cuidar em enfermagem está orientado para o que é feito com a pessoa, como um ser único, com as suas vivências e experiências de vida.

Devemos englobar a família nesse cuidar, pois qualquer doença que afeta um membro da família, afeta todos os outros. Se não for bem gerida, a família entra em situação de crise. Esta deve ser evitada ou reduzida ao ser apoiada com intervenções de enfermagem para diminuir as situações geradoras de stress, aumentar a resistência e promovendo técnicas que reduzam a resposta ao stress.

O apoio emocional inclui o cliente e a sua família. Torna-se assim evidente quão importante sejam parceiros no cuidar, os enfermeiros e a família, para que se consiga instituir um plano de cuidados adaptado e individualizado (OE, 2011b).

Cuidar é manter a dignidade e a individualidade da pessoa que é cuidada. Não devemos focalizar a nossa atenção nas técnicas, e nos atos que vão tratar a doença. Parafraseando Benner (2002), a enfermagem entendida como arte do cuidar, é baseada no desempenho da vertente científica do conhecimento, saber-saber; com vertente técnica das capacidades, saber fazer e com a vertente relacional das atitudes, saber ser ou estar. A visão humanística na práxis clínica pensamos nós, estabelece-se na relação terapêutica.

Ao cuidar o enfermeiro deve contribuir para que a pessoa/família adquira competências que lhes permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos. Tal como é referido no modelo de Nola Pender (1996), as influências interpessoais nomeadamente a família, o cônjuge, normas e modelos influenciam positivamente ou negativamente o desenvolvimento de novos comportamentos.

No decorrer do estágio e aquando o nosso exercício profissional identificamos focos relacionados com o *stress* de internamento e prognóstico da doença/sépsis, relacionados com a autonomia dos clientes acamados, na perspetiva de possível alta e/ou relacionados com o processo de morte, para além do apoio por nós dispensado à pessoa /família tivemos oportunidade de encaminhá-la para apoio especializado de outros profissionais fora do nosso âmbito de competências.

Para a aquisição desta competência temos a salientar os aportes teóricos lecionados no módulo de Cuidados em Situação de Crise ao Cliente e Família.

K.1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

Cuidar em enfermagem necessita que exista uma relação terapêutica sincera, entre o Enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. Esta constitui o pilar para se desenvolverem os cuidados de enfermagem num caminhar conjunto, numa relação interpessoal. O enfermeiro na relação terapêutica deve estabelecê-la no sentido de contribuir para que o Outro adquira competências que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos (Chalifour, 2008).

Similarmente a comunicação é fundamental para a pessoa/família enquanto ser social, e para estabelecer a relação. Permite a transmissão de informação de forma compreensível para cada pessoa/família, para dar resposta aos objetivos da pessoa. Só ela tem a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir o que é melhor para si (Lazure, 1994).

Imprescindível para uma melhor prestação de cuidados ao cliente e família que vivenciam processos de doença complexos, geradores inevitavelmente de *stress* e de sofrimento, a comunicação é essencial em todas as ações realizadas junto do cliente, tais como: informar, colher dados, apoiar, efetuar procedimentos invasivos ou não invasivos e ao estabelecer relação de ajuda.

Na comunicação de uma má notícia importa ponderar cada situação em particular, perceber se a pessoa/ doente quer ou não saber a verdade, respeitando sempre que possível a sua vontade. A verdade transmite-se de diferentes formas, não só por palavras, mas também por gestos, atitudes, expressões faciais, pela hesitação e pelo silêncio dos profissionais (Kubler- Ross, 2008).

Os profissionais de saúde deverão ter sempre presente que a verdade deve ser transmitida de forma lenta e gradual, sempre acompanhada de uma atitude de escuta, compreensão, conforto e companhia. É imprescindível tranquilizar sempre o cliente e nunca retirar a esperança e que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua vontade. Salienta-se aqui a pertinência do consentimento livre e esclarecido (OE, 2007c).

A transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por maior parte dos profissionais de saúde, pela complexidade das emoções que lhe estão associados. Como refere Pereira (2008, pág.44) *“a comunicação de más notícias é aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do utente em relação ao futuro.”*

Podemos colmatar essa dificuldade apoiados na empatia, na compreensão, no interesse e na relação terapêutica como elementos indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto/confiança, no qual o cliente/família se assim o desejar, tomar conhecimento da sua doença e diagnóstico, em função da sua autonomia, sabendo de antemão que são recebidas de forma diferente por cada cliente/família, pois são do domínio subjetivo. A percepção é individual e depende das experiências de vida, da personalidade, das crenças espirituais, do suporte emocional, familiar e social, referidos por Nola Pender no seu modelo de promoção da saúde (1996).

Para que consigamos uma eficaz comunicação de más notícias, é fundamental que se escolha o momento certo, utilize linguagem clara, acessível e compreensível, após uma adequada avaliação e preparação inicial, comunicando a má notícia de forma gradual (Silva, s.d).

Para o desenvolvimento desta unidade de competência, no decorrer do estágio, realizamos pesquisa bibliográfica sobre comunicação e, consultamos a norma existente no hospital para esse fim de forma a adaptarmos a comunicação à pessoa, a escutarmos ativamente, a arranjarmos estratégias facilitadoras de comunicação quando existem barreiras de comunicação, em caso de comunicação de más notícias e tentamos sempre, mostrar-nos disponíveis.

Para a aquisição desta unidade de competência também teve como contributo os aportes teóricos lecionados na Unidade Curricular Médico-Cirúrgica I, no módulo: Cuidados em Situação de Crise - Cliente e Família e na Unidade Curricular Enfermagem, no módulo de Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem.

K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

A enfermagem emerge de uma praxis fundamentada no conhecimento científico, combinada com valores humanísticos, sustentando a arte do cuidar da pessoa. Na azáfama do dia-a-dia, escondemos-mos muitas vezes por detrás das rotinas a cumprir, da falta de tempo, perdemos o

essencial da nossa profissão - CUIDAR. “...Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana...” (Watson, 2002, p. 55).

O papel do enfermeiro na relação enfermeiro/cliente/família perante a situação crítica de doença é primordial. O lecionado em sala de aula trouxe aporte importante para desenvolvermos esta unidade de competência. Assim como a reflexão sobre os conceitos de pessoa e família e a forma como cada pessoa e família irá gerir o seu processo de doença. O enfermeiro deverá ter um papel ativo em parceria com os mesmos, nos processos de doença quer seja aguda ou crónica, nos comportamentos que diferem de pessoa para pessoa, de acordo com a fase do ciclo vital em que se encontram (OE, 2002b).

É indispensável que o profissional tenha conhecimentos acerca dos princípios teóricos que sustentam a sua prática, conhecimentos de si e do seu papel, para melhor definir a sua própria conceção de relação de ajuda profissional, que irá revelar-se na sua forma de estar e fazer ao longo das suas intervenções (Chalifour, 2008).

O enfermeiro deverá possuir habilidades para tornar a sua ação eficaz e ser possível caminhar com a pessoa. A relação ancora-se no reconhecimento do outro como pessoa, como um todo e é manifestada através de atitudes como a compreensão, a empatia, a autenticidade, o respeito caloroso, a compaixão e a esperança. O enfermeiro assume o papel de conselheiro ao acompanhar o outro, esclarece sobre as oportunidades e riscos associados aos vários caminhos possíveis, ajuda a identificar e escolher o caminho mais desejável para a pessoa e no qual se possa desenvolver (Op. Cit., 2008).

No âmbito do nosso projeto de intervenção temos a salientar o apoio emocional, uma vez que as pessoas com Sépsis encaram a doença num misto de complexidade e de difícil prognóstico. São inúmeros os seus receios, temem pela sua sobrevivência. Pelo que as intervenções de enfermagem como apresentar-se ao doente, explicar todos os procedimentos a efetuar, mostrar-se disponível, podem contribuir positivamente para minimizar a sua ansiedade e ser motor de vontade na promoção da sua saúde. Estas atitudes relacionais de acordo com Nola Pender (1996) são influências interpessoais que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde.

Deste modo, o enfermeiro que verdadeiramente cuida, não se limita a executar tarefas, ele deve ser capaz de compreender de forma holística a pessoa que está a cuidar. É neste propósito que a enfermagem adquire o seu expoente máximo de humanização, se estabeleça relação terapêutica. Esta significa estar com, que implica presença, reciprocidade ativa para que a pessoa/família no

respeito pela sua autonomia, descubra e encontre caminhos que promovam a mudança, para o futuro. O enfermeiro deve desenvolver uma relação terapêutica, com habilidades que se traduzem em comportamentos articulados com as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais, na elaboração e desenvolvimento de intervenções pertinentes (Chalifour, 2008).

Mais uma vez foram de extrema importância os aporte teóricos do módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, para solidificar esta competência, que nos permitiu:

Estabelecer relação terapêutica a partir do pedido de ajuda da pessoa/família englobando-os nos cuidados;

Realizar ensinamentos adequados e sobretudo de aconselhamento e gestão da crise na doença;

Mostrar disponibilidade para uma relação terapêutica humanizada.

K.2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi - vítima, da concepção à acção.

K.2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

Os planos de emergência de proteção civil de acordo com a extensão territorial são: Nacionais; Regionais; Distritais e Municipais. São documentos que definem as orientações de atuação necessários à resposta e à reposição da normalidade, de modo a minimizar os efeitos de um acidente grave ou catástrofe nas pessoas, na economia, no património e no ambiente. São documentos que organizam, orientam, agilizam e uniformizam as ações necessárias para dar resposta à emergência (Comissão Nacional de Proteção Civil, 2008).

Estes planos são documentos concebidos para dar resposta a situações como acidentes industriais graves, incêndios florestais, sismos. Sendo um dos objetivos do mesmo assegurar a criação de condições favoráveis ao empenhamento rápido, eficiente e coordenado de todos os meios e recursos disponíveis num determinado território sempre que a gravidade e dimensão das ocorrências atinja níveis considerados críticos (Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Setúbal, 2010).

Somos o responsável do serviço pela aplicação do plano de emergência interno do “HAN”, nomeadamente coordenador de evacuação do piso. Este plano foi elaborado em consonância com

o plano de catástrofe externo regional e distrital em parceria com elementos da Proteção Civil Local e Distrital (aguarda-se a realização de um simulacro para testar e consolidar o plano), sabendo no entanto que este é dinâmico e necessita de revisão periódica constante.

Co elaboramos a norma de procedimento de atuação para colmatar a falha ou quebra do sistema informático no Serviço de Urgência – “Procedimentos em caso de falha do sistema informático no SU” (Anexo nº 5).

Criamos os Kits de Catástrofe exigidos pela Sociedade Portuguesa de Triagem de Manchester, que são verificados semestralmente, como esquema de prontidão para aplicação do Algoritmo da Triagem de Manchester para uma emergência/catástrofe externa (50 kits de catástrofe dos quais constam 4 pulseiras em cada kit, com as respectivas cores preto, vermelho, amarelo e verde. Processo Clínico em papel, etiquetas para identificação, envelope e sacos para espólio de roupa e valores).

K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi - vítima ou catástrofe

Para esta unidade de competência: Conhecemos e aplicamos o fluxograma da Triagem de Manchester para uma emergência/catástrofe externa; Verificamos os Kits de catástrofe do serviço semestralmente (revistos dia 20/06/2012).

Em situação de catástrofe com vista a salvar o máximo número de vidas, tanto quanto possível e prestar cuidados atendendo aos recursos existentes, a triagem é feita de forma diferente do habitual, são triados primeiro os doentes menos graves e posteriormente os mais graves, são utilizados discriminadores mais simples em vez de gerais e específicos. Seleccionam-se os clientes que andam (pulseira verde) e os clientes em maca categorizados de acordo com as respectivas cores de pulseiras nomeadamente, vermelhas, amarelas ou pretas, tendo em conta os critérios estabelecidos, não se deve demorar mais de 15 segundos por cada doente. (GPT, 2002, p.45)

O âmbito funcional do PEI do “HAN” permite-nos lembrar alguns procedimentos de atuação. Em caso de verificar algum risco inerente às instalações associados à ocorrência de Incêndio; Explosão; Corte parcial de energia e de água; Falha de abastecimento de gases medicinais; Ameaça de bomba/pacote suspeito; Emissão de gases, vapores ou partículas; Inundação; Incidente de violência (Apêndice nº 8). Ligar de imediato o 1115 – Número de Emergência Interno (Central de Segurança).

Este nº de Emergência Interno “desencadeia” todos os procedimentos inerentes ao PEI do “HAN”, nomeadamente: Aviso imediato ao Delegado de Segurança; à Presidente do CA; ao Elemento de Prevenção do CA e Chamada de ajudas externas – Bombeiros, GNR, Piquete de água, EDP ou Proteção Civil (“HAN”, 2008).

Conhecemos as saídas de emergência do serviço, a localização dos extintores (que estão devidamente identificados e dentro do prazo legal de validade); Fazemos parte do grupo de intervenção B, no âmbito do PEI – Atuação em caso de catástrofe, como coordenador de evacuação do SU alertando a central de segurança, coordenando/apoiando a equipa de evacuação, seguindo a ordem de evacuação dos utentes (independentes, em cadeira de rodas e em macas/camas) para local determinado, confirmando se a evacuação foi completa. Em caso de catástrofe interna e em caso de falha do sistema informático colocamos em prática os planos protocolados para o serviço, por nós co elaborados, como atrás referido (Anexo nº 5).

De forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de falha de consumíveis, medicamentos e gases medicinais na prestação de cuidados, níveis de *stock* (extra - uma previsão para 50 sinistrados) desenvolvemos com a colaboração dos colegas a averiguação destas situações de forma regular, pela necessidade de resposta pronta em situações de catástrofe externa ou de multi – vítimas.

De acordo com os pressupostos da Triagem de Prioridades de Manchester solicitamos à Direção do Serviço e ao CA (em 2010 no decorrer do CPLEEMC) a reserva de um gabinete para espera e prestação de cuidados aos clientes acompanhados por entidades de segurança (GNR, PJ, Guardas Prisionais entre outros grupos profissionais) - (Anexo nº 6) com o intuito de proteção, privacidade e reserva de juízos de valor quer dos clientes sob mandato judicial quer dos outros clientes do SU.

No âmbito da problemática do PIS em Março de 2011 solicitamos à CCI um guia de procedimentos de atuação para redução das IACS na prevenção de surtos infecciosos, reservando uma sala no SU para isolamento desses clientes, a qual emanou a norma de procedimento “Circuito Isolamento e Procedimentos Associados, para Microrganismos Problema, no Serviço de Urgência”. Assim pelo realizado e pelos documentos pesquisados pensamos ter desenvolvido esta unidade de competência.

K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe

Para aquisição desta unidade de competência:

Intervimos na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi vítima, sobretudo aquando do despiste de um trator safari-reboque, com crianças de uma instituição Cerci, e ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica. Gerimos a equipa, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta, dada a especificidade dos acidentados. Foi acionado o algoritmo de catástrofe da Triagem de Manchester em uso no “HAN”, sendo de salientar que cada enfermeiro e cada assistente operacional assumiram as funções, pré definidas em situação de catástrofe. Por outro lado, o gabinete de Informação do SU foi reforçado com mais um colaborador e uma psicóloga clínica para fazerem a interface telefónica com os progenitores. No final, o balanço foi positivo. Pensamos que para tal, contribuíram as auditorias de que somos alvo semestralmente no âmbito da triagem de Manchester.

Pudemos igualmente liderar a admissão de multi - vítima, que se deveu à queda de uma bancada num espetáculo musical numa feira, em que assumimos o papel fundamental na articulação funcional entre os elementos da VMER e os elementos escalados no SU, organizando os espaços de forma eficiente de modo a dar resposta atempada às situações de multi - vítimas por eles detetadas e enviadas.

Por algumas vezes acionamos e gerimos o “Procedimentos em caso de falha do sistema informático no SU”, aquando da queda de rede informática interna e de comunicação do “sonho” com o ACSS e com o Servidor Remoto ALERT, com resultados positivos, de forma a não se perder informação pertinente sobre os cuidados prestados durante essas falhas.

Assim por tudo o que referimos pensamos ter desenvolvido a competência K2

K.3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No sentido de desenvolver esta competência realizamos formação em serviço na área do controle de infeção onde abordamos temas como “os cuidados a ter com as mãos – lavagem e desinfecção das mãos”, “a prevenção e controlo das IACS”, em especial na prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde e a cateteres vesicais, sobretudo na prestação de cuidados ao doente séptico, prevenir as infeções nosocomiais, pois como referido no PNCI (2009, p.01) *“uma infecção nosocomial ou infecção associada aos cuidados de saúde ocorre durante a hospitalização e não está presente na admissão hospitalar”*.

Estabelecemos estratégias pró-ativas a implementar no SU, no que concerne à aquisição e a aplicação de cortinados laváveis para individualização, prevenção do controlo de infeção no serviço e isolamento de todas as unidades no SO, Sala Aberta, Sala de Emergência e Sala de Triagem, promovendo a distância entre macas no mínimo igual a 0,90 metros, como referido pela Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2006, p. 6), *“nos quartos com mais de uma cama, a distância entre camas deve ser, no mínimo de 0,90 m. A distância entre uma das camas e a parede lateral deve ser no mínimo de 0,60m. Deve também ser considerada uma área livre na qual se inscreva um círculo de 1,50 m de diâmetro, entre a outra cama e a parede lateral”*.

Provimos a implementação em todas as unidades do Cliente e espaço de trabalho suportes para aplicação de soluções alcoólicas para higienização das mãos.

Elaboramos o plano de limpeza das zonas comuns, das instalações sanitárias, das bancadas de trabalho, das camas/macac, dos materiais sobretudo dos equipamentos de electromedicina e acompanhamos a sua revisão em finais de 2010 com a empresa de *outsourcing* Such.

Delineamos circuitos de limpos e sujos adaptados à arquitetura do SU, tendo como referência os conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar e definimos os locais de colheita dos vários grupos de resíduos e de roupa conspurcada e infetada, cujos procedimentos estabelecidos, na prevenção e controlo da infeção têm sido monitorizados e auditados semestralmente com

coordenação da CCI, juntamente com um enfermeiro Chefe de equipa do SU e com colaboradores das Empresas de recolha de resíduos (Ambimed) e de roupa (SUCH) desde Janeiro de 2011.

K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No âmbito do PIS consideramos o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação no pré - hospitalar, na sala de emergência, na SO, e face à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Para tal compilamos num *dossier* em suporte de papel e em suporte informático acessíveis a todos os colaboradores do SU, na Sala de emergência e na pasta informática interna (on-line) sobre cuidados críticos, todas as normas emanadas pela CCI do “HAN”, fundamentadas no Plano Nacional de Controlo de Infeção, que é revisto sempre que uma norma é alterada ou atualizada.

Supervisionamos a manutenção de medidas *standard* de prevenção e controlo da infeção no SU, pela presença, em todas as unidades dos clientes e espaços de trabalho, de um suporte para aplicação de soluções alcoólicas para desinfeção das mãos na prestação de cuidados pelos colaboradores e promovemos o uso dos equipamentos de proteção individual e de proteção contra as infeções nosocomiais em especial aquando da aspiração de secreções, drenagem de conteúdos orgânicos e colheitas de espécimes para análises, além da supervisão da descontaminação/desinfeção dos equipamentos de electromedicina nomeadamente dos “ambus”, laringoscópios, acessórios dos ventiladores, sistemas de vácuo/aspiração entre outros, uma vez que os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada, dando cumprimento ao referido pela DGS (2002):

“que na descontaminação do material deve ter-se em conta o nível de risco que ele representa de acordo com utilização que vai ter, de acordo com o tipo de procedimento. Por este motivo os métodos de descontaminação devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais”.

Supervisionamos todos os procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa

em situação crítica e ou falência orgânica e na gestão e prevenção do risco entre outras, emanadas pela CCI do “HAN”.

Em suma, analisar o nosso desempenho, permite transformar os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, pela incorporação de recursos, na construção das competências e do agir profissional, adequado a cada situação. Refletir contribui para o nosso desenvolvimento pessoal, possibilitando avaliar competências e conhecimentos, perspectivando transformar as dificuldades sentidas em oportunidades e em ganhos efetivamente adquiridos. Por outro lado os aportes teóricos lecionados na Unidade curricular de Enfermagem, nos módulos de Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, de gestão dos cuidados de enfermagem e supervisão de cuidados permitiram em muito para o desenvolvimento da competência K3.

4 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O plano de estudos do mestrado em EMC e de acordo com o Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março pretende a aquisição de níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem, suportados na evidência.

Pensamos nós que as competências de Mestre em Enfermagem emanam da capacidade de aliar o “conhecimento” de Carper à “experiência” de Benner na reflexão e na prestação dos cuidados de enfermagem, numa lógica estética comparável à beleza de uma partitura tocada em uníssono por uma orquestra ou à matiz cromática de uma tela naturalista.

Assim e com base nos aportes das Unidades Curriculares da Pós-licenciatura de Especialidade em EMC, no trabalho desenvolvido aquando do planeamento do PIS durante a Unidade Curricular do Estágio III (adaptação), da análise e reflexão crítica das competências de Enfermeiro Especialista adquiridas e explanadas no Capítulo 3 e pretendendo o desenvolvimento de capacidades criativas, reflexivas, críticas de acentuada componente interativa entre profissionais e em primazia com os clientes, procederemos à análise das competências de mestre adquiridas, sabendo que as três componentes de competências (comuns, específicas e de mestre) se interligam e no todo se complementam.

Competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, vítima de choque, MODS e SIRS/sepsis, com respectivas abordagens e tratamentos, necessitam que o enfermeiro detenha uma atualização de conhecimentos, efetivação de registos precisos e concisos, a análise e reflexão com tomadas de decisão oportunas que possibilitam uma maior perspicácia e rapidez de atuação. Requerem um agir rápido e eficaz em situação de possível paragem cardiorrespiratória por antecipação a focos de instabilidade, pelo reconhecimento e interpretação dos sinais vitais, do estado de consciência, de mal-estar geral e eletrocardiográficos, atuando em conformidade.

A perspicácia dos enfermeiros em detetar e evitar uma situação de falência orgânica, que permitam a atuação em tempo útil do aporte da equipa multidisciplinar, da terapêutica e da gestão organizacional é fundamental nestas situações.

No SU, pela sua missão e características existem multi protocolos na prestação de cuidados. Destacamos a gestão dos algoritmos da VVAvc, VVCoronária, protocolo do cliente infetado com *clostridium difficile*, protocolo do cliente queimado, protocolo do cliente intoxicado por organo - fosforados, protocolo ao cliente vítima de TVM e administrações terapêuticas complexas, como a fibrinólise, aminas, sedação entre outros. A existência de protocolos de atuação alicerçados nos conhecimentos científicos permitem fundamentar e harmonizar os cuidados, assim como a avaliação dos mesmos no sentido da melhoria contínua da qualidade.

Os registos de Enfermagem no programa informático ALERT, além da dose das drogas administradas, os parâmetros vitais, antes, durante e após a administração das drogas, reações do utente, complicações e outras intercorrências durante a permanência no SU, são de extrema importância. Foi incentivada e motivada a equipa de Enfermagem para o cumprimento dos registos, pois só desta forma se dá visibilidade aos cuidados de Enfermagem, mostrando um atendimento de qualidade.

A implementação de uma Via Verde Sépsis irá possibilitar a sistematização dos procedimentos e dos cuidados desejáveis a adotar nesta área e em tempo útil, prestar um serviço que aumenta a qualidade de vida dos utentes e reduzir os custos associados ao tratamento e sequelas para a saúde prevenindo a instabilidade e o risco de falência orgânica.

Ao realizarmos um *dossier* temático sobre a Sépsis permitiu-nos facultar a todos os elementos da equipa o acesso a conhecimentos teóricos baseados na evidência, para prestação de cuidados com qualidade ao cliente séptico. (Apêndice nº 7)

De modo a sistematizar e facultar os cuidados em tempo útil ao cliente vítima de sépsis elaboramos o PIS para a implementação de mais este Protocolo VVSépsis no SU, enviado ao CA do “HAN” - aguardando homologação (Apêndice nº 9 em conjunto com o Apêndice nº11) - permitirá orientar, facilitar e harmonizar os procedimentos, contribuindo para uma minimização de possíveis complicações, bem como para um agir rápido em caso de necessidade.

Temos que ter consciência que o Outro não é só o recetor direto das nossas ações, mas a própria Humanidade. As nossas ações quotidianas podem assumir consequências institucionais, locais, regionais e globais. Viver e parafraseando Fonte (s.d) não é apenas estar no mundo com as

respetivas necessidades básicas, corpóreas e orgânicas, mas relacionar-se com os outros (inserção social), o que faz com que permanentemente emergja a necessidade de se estabelecerem normas, padrões e valores que possibilitem harmonizar ações muito distintas.

Os enfermeiros que têm maior percepção de suporte organizacional no modelo de gestão de unidades de saúde poderão contribuir para a eficiência, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade. Para Nova (2008) esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados recorrendo aos recursos disponíveis.

A gestão dos recursos humanos e materiais implica a realização do índice das necessidades efetivas em função dos recursos existentes colmatando eventuais falhas. Pela sobrecarga, cansaço e *stress* envolvente, torna-se necessário proceder a uma atualização em função das necessidades reais. Na instituição e por conseguinte no SU a gestão dos materiais de consumo clínico é feita pelo método Cambão (Apêndice 2).

Relativamente aos recursos de consumo tecnológico e de farmácia e enquanto gestor primamos a nossa atuação pela garantia da existência de um número mínimo de produtos armazenados. Para colmatar as situações imprevistas, providenciamos o cálculo do *stock* de segurança. Realizado adicionando 20% às necessidades reais do serviço. Num serviço imprevisível de estimar o nível de afluência, mesmo com este cálculo, surge quebra do *stock* existente. Quando identificado alertamos os colaboradores, para a necessidade de contatar outro serviço, fora das horas comuns de laboração do aprovisionamento e da farmácia, para colmatar esta falha.

Em relação aos recursos humanos fundamentamos a necessidade de aumentar o número de enfermeiros por turno tendo por base as dotações seguras preconizadas pelo ICN e o índice de cálculo para a dotação de pessoal dos serviços tendo por base o documento elaborado pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde datado de Abril de 2002. Elaboramos e atualizamos o horário dos enfermeiros distribuindo-os no plano de trabalho. Esta distribuição efetuada em função das características individuais e rotatividade do pessoal tendo em conta a existência de possíveis conflitos com outros elementos da equipa multidisciplinar. Supervisionamos a gestão do pessoal, por vezes tivemos que efetuar uma possível redistribuição nos diferentes postos de trabalho e identificar situações de boas práticas acolhendo-as ao processo de cuidados e não raras vezes colmatar /minimizar questões problemáticas.

Concluindo, o enfermeiro com funções de gestão atua na gestão da mudança e na mudança da gestão como um ator social pela antecipação da resposta às necessidades e/ou transformações organizacionais.

A supervisão pode ser entendida como “o ato de orientar alguém ou algo rumo a um determinado objetivo ou fim” (in piberan) ou seja, o nível da supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem busca a excelência dos cuidados.

Para Cotrell (2000) e Abreu (2003) o processo de supervisão incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interação e sobre dinâmicas de colaboração. Assim, o supervisor clínico em enfermagem tem como função sustentar a formação e a atividade profissional dos supervisionados, visando a prestação de cuidados de qualidade ao doente, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos. E Vieira (1993) descreve as funções de supervisor como facilitador da aprendizagem, dimensionadas em três áreas distintas: área da supervisão; área da observação e área da didática nomeadamente na reflexão/experimentação.

Ainda e segundo Cottrell (2000) para se ser passível de desempenhar adequadamente o papel de enfermeiro supervisor dever-se-á ser portador das seguintes características: Perícia; Experiencia; Aceitabilidade; Formação. A formação e experiencia adicionais em supervisão, são consideradas essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas, in Pires, et al (2004).

De acordo com Alarão & Tavares (2003) aquelas caraterísticas são competências cívicas, técnicas e humanas e que se agrupam em quatro tipos: competências de comunicação e relacionamento profissional; de dinamização da formação; interpretativas e de análise e avaliação.

As chamadas *skills* interpessoais prestar atenção; clarificar; encorajar; servir de espelho; dar opinião; ajudar a encontrar soluções para os problemas; negociar; orientar; estabelecer critérios e condicionar inserem-se nas competências relacionais/comunicacionais.

No âmbito das competências de Dinamização da Formação, a capacidade de promover processos de mudança, não só ao nível superficial do discurso, mas ao nível profundo das representações. Na sequência deste pensamento, também será possível apoiar o desenvolvimento de projetos de investigação na ação e fazer a respectiva monitorização e ser capaz de animar situações transformadoras da experiência em aprendizagem e de ajudar a sistematizar saberes resultantes da participação em projetos (Op. Cit., 2003).

As competências interpretativas, para os mesmos autores (Op. Cit., 2003) reportam-se à leitura da realidade humana, social, cultural, histórica, política, educativa e a capacidade para, antecipadamente, detetar os desafios emergentes no que concerne à escola e à educação e formação. Fazer enquanto pessoa, uma leitura, do conhecimento, compreensão da realidade e dos problemas sempre novos com o qual se confronta no decurso da sua prática como enfermeiro e como supervisor, o que é imprescindível para que seja capaz de mobilizar os recursos adequados a cada situação, possível através da reflexão sistemática.

É através da reflexão que o supervisor é capaz de analisar, dissecar e concetualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem, indo ao encontro de Alarcão & Tavares (Op.Cit.,2003), as competências de análise e avaliação outro grupo de competências fundamentais num supervisor, estão intimamente relacionadas com as competências de índole interpretativo.

Partindo destas assunções, pensamos ter adquirido a competência de mestre acima mencionada e interrelacioná-la com as unidades de competência comuns: *A1.1- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A2.1- Promove a protecção dos direitos humanos; C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C1.2- Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; D2.3- Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.* E com a unidade de competência específica *k.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.*

Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

As competências comuns adquirem-se pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados recorrendo a um suporte efetivo baseado na formação e investigação enquanto as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção da EMC, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2007a).

O enfermeiro incorpora o “saber ser”, o “saber-estar”, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, adquiridos durante a sua vida pessoal e profissional, aplica os conhecimentos específicos e desenvolve capacidades profissionais. A prestação de cuidados ao doente crítico/sépsis exige dos enfermeiros um conhecimento aprofundado sobre a pessoa e capacidade de pensamento crítico resultante, da

explicação das evidências, considerações conceituais, metodológicas, contextuais ou critérios em função dos quais o julgamento foi baseado (Silva, 2000).

Para que o agir profissional se adeque à realidade envolvente tendo em conta o bem comum para o cliente, deve ser suportado na evidência e fundamentado nas Normas e Protocolos implementados no Serviço. Tornam, assim, um fio condutor semelhante na prestação de cuidados, apesar do “*modus operandi*” de cada enfermeiro.

No processo de interação humana, em especial com os clientes com sépsis no serviço de urgência, marcado por interferências ou reações, voluntárias ou involuntárias, intencionais ou não, a comunicação está sempre presente e a forma como ela se processa é fundamental, uma vez que a comunicação humana é complexa e multidimensional (Braga e Silva, 2007).

No cuidado de Enfermagem a comunicação é o instrumento básico na relação interpessoal que se dá entre o enfermeiro, o cliente e família, tornando o relacionamento possível, é o processo da interação verbal e/ou não verbal, com expressões faciais, gestos, postura corporal e distância em relação aos outros (proxemia), (Op.Cit.,2007).

Partindo do pressuposto que o Enfermeiro deve interessar-se pelo outro e demonstrá-lo em ouvi-lo mas também pela postura, gestos e expressão corporal, tendo presente que cada indivíduo é único, com as suas crenças e valores, a sua linguagem e que, por vezes, o silêncio é mais significativo do meras palavras, no SU embora com elevada rotatividade de clientes promovemos uma relação terapêutica fundada na escuta ativa, evitando juízos de valor, estabelecendo uma relação de confiança e de compreensão.

Apesar de não existir no SU um espaço próprio para a comunicação de más notícias, sempre que nos coube essa responsabilidade, ainda mais como líder de equipa, providenciamos em curto espaço de tempo, normalmente o gabinete da Enf.^a Responsável pelo SU ou um gabinete de consulta para tal.

A comunicação de más notícias é um momento difícil que envolve muitos sentimentos e emoções, uma realidade inalterável no contexto de urgência. Desenvolver competências nesta área é extremamente importante porque nada deve ser deixado ao acaso, pela pluralidade de sentimentos e atitudes nomeadamente perante a morte.

A Competência sedimentada durante a parte teórica da Pós Licenciatura Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no decorrer do estágio permitiu-nos dinamizar a troca de

experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, para a harmonização e otimização dos cuidados ao doente e família, na área da doença multiorgânica e sobretudo na sépsis.

Ao agirmos por estes pressupostos de atuação, admitimos ter adquirido a competência de mestre acima mencionada e estabelecido a relação com as unidades de competência comuns: *A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C1.2- Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.* Com a unidade de competência específica *K.1.2-Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.*

Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.

A implementação da Via Verde Sépsis no SU requer uma capacidade de entreaajuda e partilha de saberes entre os vários grupos profissionais, na ativa participação e discussão de procedimentos, na capacidade de trabalhar de forma adequada com humildade e respeito pelo cliente e pela dignidade pessoal e profissional. Esta disposição e a reflexão crítica diária permitem a aprendizagem e a mobilização de competências bem como a capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

O trabalho desenvolvido com a equipa multidisciplinar permitiu-nos desenvolver conhecimentos e competências baseados em fundamentos teóricos e práticos que procuraram definir objetivos para a máxima recuperação, prevenir complicações nos doentes e reforçar comportamentos de adaptação positiva na equipa com um espírito globalizante, humanista e multidisciplinar.

Como EEMC desempenhamos funções de líder utilizando uma abordagem multifacetada, incorporando o “saber ser”, o “saber-estar”, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, conciliando as adversidades durante o desempenho e o desgaste do ambiente de cuidados. Para tal, adotamos uma postura, tal como refere Pintar (2007), de responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo, otimismo, abertura de ideias, pro-atividade, capacidade de inovar e priorizar atendendo à focalização de objetivos

Por ser líder na equipa de cuidados induzimos motivação ao grupo através da adoção de uma postura exemplar, distribuindo sabiamente os recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade

pode ser rapidamente alterada mediante uma ou mais situações críticas, demonstrando, entre outras, rapidez de raciocínio, flexibilidade e fiabilidade ideológica. Para além dos conhecimentos constantemente atualizados, pelos conteúdos que pesquisamos sobre novas *guidelines*, procedimentos e equipamentos, alertamos sobre posturas e procedimentos menos corretos perspetivando a aquisição de competências influenciadoras de mudança positiva que permitiram a otimização dos cuidados prestados.

Colaboramos nos projetos de formação através da orientação de outros enfermeiros na prestação de cuidados e na área da especialização, que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades (Anexo nº 7).

Integramos grupos de trabalho na uniformização dos consumíveis e como elo de ligação do SU na comissão de informática do “HAN”, para implementação de projetos de sistemas de registo clínico e de informação (nomeadamente o *ALERT*, *Intralab* e *MagicWeb*) permitindo aperfeiçoar competências de forma contínua e autónoma no nosso processo de desenvolvimento pessoal, transpondo-o para o plano profissional.

Com as diferentes equipas num espaço de interação e formação ainda que informal, mas permanente, tendo sempre presente os diferentes papéis e responsabilidades, desenvolvemos a competência em articulação constante com a equipa inter e multidisciplinar, além do adquirido nas formações em serviço sobre o trabalho em equipa, na gestão por objetivos e na gestão de conflitos.

Como resultado do analisado acima, consideramos adquirida a competência de mestre mencionada, em que englobámos as unidades de competência comuns: *B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; B2.3- Lidera programas de melhoria; C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C2.2- Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos; D2. 1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.* As unidades de competência específicas: *K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe; K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.*

Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

A dor é um fenómeno fisiológico, facilmente identificável a nível mundial. É uma experiência subjetiva, dependente da perceção particular de cada Pessoa. Pode ser considerada aguda ou crónica, dependendo da sua causa ou duração. A dor aguda é considerada como um sinal de alerta, por norma a impulsora da procura de cuidados, (DGS, 2003).

Em Portugal, a DGS através da Circular Normativa nº 9/ DGCG de 14/06/2003, reconhece a Dor como o 5º Sinal Vital, tendo sido dadas as indicações sobre a importância e como deve ser realizada a sua avaliação e registo.

Segundo a DGS (2008) “O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (Circular Normativa nº 11, p.5).

Com o intuito de ir ao encontro do cumprimento destas diretrizes, as intervenções de Enfermagem passaram pela monitorização e avaliação da dor, administração de analgésicos prescritos, ensinamentos sobre técnicas de relaxamento, nomeadamente respiração e posicionamentos de conforto uma vez os clientes com sepsis, na maior parte das situações, estarem na situação de permanência absoluta no leito.

Reforçadas as aprendizagens relativas ao reconhecimento da fisiologia da dor e sinais externos de manifestação da mesma como a sudorese, palidez, agitação, alteração sinais vitais, gemidos e desmaio, foram aplicadas técnicas de alívio da dor não farmacológicas como toque terapêutico, ambiente calmo, massagem, aplicação de calor ou frio e distração, com alguns resultados.

A Enfermagem presta cuidados que se querem imparciais e com respeito pelos princípios morais da Autonomia, Justiça, Veracidade, Fidelidade, respeito pela Vida Humana, Não maleficência e Beneficência, de acordo com os princípios referidos pelo CNECV (1999). Para tal, tentamos identificar as necessidades de cada cliente e agimos de acordo a que as mesmas sejam supridas de forma apropriada, implicando a seleção de ações de enfermagem e o trabalho colaborativo com outros elementos da equipa de saúde.

Na nossa prática diária, lidamos com complicações nos utentes, nomeadamente em situação de urgência/emergência, onde podem surgir intercorrências direta ou indiretamente decorrentes das intervenções traumáticas, invasivas ou medicamentosas. Isso exige um amplo conhecimento

científico para a detecção de sinais indicadores adversos, capacitação adequada para a tomada de decisão, dos recursos materiais e equipamentos disponíveis para atender o imprevisto, nomeadamente no reconhecer as situações de alteração do estado de consciência, do estado de choque, falência orgânica e a dor no outro e proporcionar alívio da mesma.

No SU prevalece o método individual na prestação de cuidados de enfermagem, com a frequente cooperação dos cuidados. A assunção, pelo enfermeiro, da globalidade dos cuidados individualizados, garantindo a qualidade nos cuidados prestados, como um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada, exigem mais responsabilidade e conhecimento e tornam o processo de cuidados mais humanizados (Phaneuf, 2001).

A avaliação inicial da prestação de cuidados ao cliente com sépsis levou-nos à busca de informação sobre as necessidades da pessoa e a planificar intervenções suscetíveis de ajudar agilizando assim o processo de cuidados.

A escolha dos focos da prática de enfermagem adequados ao cliente, intervenções de enfermagem a realizar, a planificação dos cuidados, procedendo à sua implementação e registo, avaliando sistematicamente a adequação e atualização dos cuidados, permitiram gizar uma proposta para aplicar as orientações do algoritmo da Via Verde Sépsis. Como planificação permitirá a prestação de cuidados lógicos, de uma forma profissional e sistemática, bem como o auxílio às capacidades cognitivas, técnicas e interpessoais que visam a prevenção das complicações e por conseguinte a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada, como preconiza Nola Pender.

Foi incorporada nessa proposta uma folha de registos adequada ao que é feito, para permitir que os cuidados de enfermagem sejam percecionados e contabilizados, justificando a redistribuição da gestão de recursos humanos e da continuidade de cuidados de enfermagem após a transferência, quer seja intra ou inter-hospitalar, tendo em conta as reais necessidades dos clientes com sépsis, percecionada como uma das patologias mais frequentes no serviço, adquirida (por agente infeccioso adquirido na comunidade, *status* pós paragem cardiorrespiratória, pneumonia, falência renal).

A implementação do protocolo da Via Verde Sépsis por si só, não garante o bom funcionamento do SU. É necessário envolvimento da Direção de Topo (CA e Direção do serviço) de modo a efetuarem os investimentos necessários para promover a formação dos profissionais, concretizar a reestruturação funcional e reimplementar circuitos de encaminhamento/gestão de clientes após a

triagem de prioridades de Manchester/triagem sépsis, que promovam o atendimento mais célere e clinicamente adequado.

Acreditamos que ao realizar o processo de enfermagem individualizado, através de uma perspectiva holística determinante para a prestação de cuidados de enfermagem, pelas intervenções autónomas e interdependentes ao cliente séptico, permite-nos aperfeiçoar competências na definição de uma metodologia de trabalho eficaz, otimizando os cuidados prestados ao cliente e família aumentando assim o seu nível de satisfação, promovendo a saúde.

Conscientes da importância da informação, no processo de doença, ao próprio ou familiares e sobretudo numa situação crítica de sépsis, geradora de sentimentos, dúvidas, ansiedades e angústias, como modo de comunicação e parte fundamental da prestação de cuidados é efetuada com o máximo de exigência, indo de encontro ao cumprimento de normas, protocolos e procedimentos adotados, atendendo ao nível sociocultural, ao estado emocional e à gravidade da situação do cliente, com o intuito de esclarecer e acalmar o próprio e/ou os familiares.

Na transmissão de informação, de acordo com o protocolo em vigor e por nós co elaborado, solicitamos aos elementos da família que delegassem numa pessoa – o familiar de referência (Anexo nº 8) - a obtenção da referida informação para evitar a sua duplicação fazendo a ponte entre o SU e a família. Esta pessoa era identificada para que, se necessário em caso de alteração do estado do cliente, transferência, urgência e eventual falecimento, fosse contactada caso os familiares não se encontrassem presentes.

Procedemos ao estabelecimento de uma relação empática alicerçada na comunicação terapêutica à globalidade do cliente e família num cuidar consciente, verdadeiro e transformador, aperfeiçoando competências na comunicação interpessoal. Permitimos constantemente, em situações de morte do cliente com sépsis e outras, a presença do familiar de referência ou de quem ele delegue junto do corpo, no processo de despedida e aceitando a recusa sem ajuizar, estabelecendo uma relação terapêutica num ambiente de confiança, disponibilidade e sinceridade, diminuindo a ansiedade e facilitando o processo de luto.

Desta forma, consideramos adquiridas as competências teórico-práticas e capacidade de análise no processo de identificação de situações prioritárias e seleção de intervenções adequadas ao cliente e família no contexto da sépsis.

Durante a prestação de cuidados, incluímos fortemente a participação do cliente nas decisões a tomar e procurando entender os seus medos, receios e preocupações resolvendo-os com o próprio ou providenciando o apoio da esfera funcional de outro (s) profissional (ais).

Assumindo o modelo de Nancy Ropper para a prestação de cuidados, como referencial no “HAN”, preocupamo-nos com o bem-estar do outro. Utilizamos um saber próprio que nos permite prestar cuidados ao outro, para o outro e com o outro.

A atenção global e continuada a um cliente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa, vista como o centro da atenção de quem cuida e por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados exigidos pela doença em si (Pacheco, 2002).

Estas competências implicam obrigatoriamente existência de conhecimentos científicos, técnicos e éticos assim como constante desenvolvimento das capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais de relação, que têm como pedras base a comunicação, a confiança, o respeito e a escuta ativa, tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida dos clientes no contexto de doença grave, com liberdade de escolha e consequente responsabilidade.

Reconhecendo no outro a sua alteridade e a necessidade de cuidados globais, para que o enfermeiro possa estabelecer uma Relação de Ajuda e confiança, foi atendida a pessoa integral e de acordo com Watson (1985, p.28) ” *como um ser humano único, pensante e sensível e não como objecto do seu cuidado*”.

Foram desenvolvidas e aplicadas as capacidades sob a forma de empatia, congruência, respeito, autenticidade e capacidade de escuta com os clientes e familiares, estimulando-os a conhecer melhor o seu problema, os recursos e estratégias de adaptação de forma a evoluir e tomar as suas próprias decisões e se empenhar nas ações propostas, indo de encontro ao preconizado por Nola Pender no seu modelo de promoção da saúde.

No SU, a morte de clientes vítimas de sépsis é encarada como um caos, contradição, angústia quando se trata de doença súbita ou mesmo num processo prolongado de doença. O avanço dos processos tecnológicos e das competências profissionais altamente diferenciado torna mais difícil encarar a morte. Esta é um fenómeno biológico caracterizado pela irreversibilidade das funções vitais, mas também o fim da nossa existência como pessoa. Frequentemente se incorre no risco do encarniçamento terapêutico denominado de obstinação terapêutica ou distanásia, que consiste no prolongamento artificial da vida com o único objetivo de prolongar a sobrevivência, sem qualidade

de vida, recorrendo a terapêutica e meios complementares de diagnóstico fúteis, no desrespeito pelo ser humano apenas para que possa ser ultrapassada a impotência dos profissionais, ser objeto de estudo ou mesmo o reflexo de um medo (CNECV, 1995).

Alertamos a equipa multiprofissional para o dever ético de respeitar o doente terminal, evitando a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêuticos fúteis mas assistir na morte com dignidade, providenciando conforto e qualidade no tempo de vida que resta, no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme disposto nos artigos 82º e 87º do Código Deontológico (OE 2003c).

Assistimos e acompanhamos a família no processo de luto através da promoção de privacidade, silêncio e respeito na despedida ao cliente que faleceu.

A Enfermagem tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes na prestação de cuidados de qualidade. Torna-se necessário desenvolvermos competências que nos permitam adquirir maior conhecimento de nós próprios e dos outros e encontrar o verdadeiro sentido dos cuidados a prestar, para agirmos na perspetiva das necessidades dos clientes, valorizando uma intervenção mais expressiva e holística centrada na pessoa.

A nossa prestação com base nas evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas, pautou-se por aplicar uma análise de modo de falhas - FMEA ao processo de cuidados ao cliente vítima de sépsis (que se fazia de forma arbitrária), inferindo medidas preventivas e corretivas ao processo, propondo como resultado, a implementação da via verde sépsis, para fundamentar um processo sistemático de cuidados, mais célere e com ganhos efetivos em saúde. Teve-se também em conta a confidencialidade e a privacidade dos clientes, consciente dos fundamentos e padrões éticos, fornecendo explicações sobre os procedimentos e necessidade da intervenção à família, respeitando e cumprindo os deveres profissionais expostos no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício para a Prática da Enfermagem. Citando Nunes (2009, p. 10) “ao respeitarmos os direitos das pessoas, respeitamos e cumprimos os deveres profissionais”.

Estamos de acordo que adquirimos a competência de mestre supramencionada em conjugação com as unidades de competência comuns: *A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; B2.1- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Recursos; B2.2- Planeia programas de melhoria; C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de*

especialidade. Com a unidade de competência específica: K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

A assistência ao doente crítico com sépsis exige a necessidade premente de cuidados diferenciados e exige aos enfermeiros, formação específica ou adquirida pela pesquisa, sobretudo em artigos com reconhecida validade científica, para aumentar o repertório de formas de cuidar além dos conhecimentos práticos que detém, resumidos no pensamento Benneriano, inquestionavelmente com a experiência e o domínio adquirido na excelência da prática clínica de enfermagem, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor atuação transformando-se num Enfermeiro perito (Benner, 2001).

Colaboramos nos projetos de formação através da orientação de estudantes de enfermagem do 1º Mestrado em EMC da ESS.IPS e da Pós-Licenciatura de Especialização em EMC da ESETGM de Chaves e de outros enfermeiros na prestação de cuidados gerais que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades (Anexo nº 7).

Dinamizamos e estimulamos a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, recorrendo a discussão de casos clínicos para a uniformização e otimização dos cuidados ao cliente e família.

Proporcionamos cuidados ao cliente com sépsis e supervisionamos o processo de enfermagem promovendo a sua constante atualização pela observação, responsabilidade, esclarecimento de terapêutica, alimentação, hidratação, posicionamentos, no fundo esclarecimentos sobre a continuidade de cuidados. Indo, assim, de encontro ao conteúdo funcional e tendo em conta o referencial do enfermeiro especialista identificamos as necessidades logísticas e provimos a melhor utilização dos recursos adequando-os à prestação dos cuidados de enfermagem.

O esclarecimento de dúvidas diminui os níveis de ansiedade, reforça conhecimentos, perspectiva a autonomia quer dos profissionais sob a nossa supervisão/orientação quer do cliente/família. A aquisição de competências é geradora de mudança para o aumento da qualidade de vida do cliente. Por parte do enfermeiro existe uma satisfação pessoal e profissional, perfilhando as orientações da qualidade institucional.

A exigência de cuidados da pessoa com sépsis implica procedimentos de enfermagem sólidos num ambiente de cuidados seguro. Zelar por este tipo de cuidados exige ao EEMC estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como dos profissionais, dando cumprimento ao descrito nas normas internas e internacionais relacionadas com a prevenção das IACS, segurança e gestão do risco clínico e de terapêutica.

Mediante uma ou mais situações críticas, demonstrando, entre outras, rapidez de raciocínio, flexibilidade e fiabilidade ideológica, para que seja encarado como modelo a adotar, enquanto estudante a realizar o estágio adotamos uma postura exemplar, distribuindo sabiamente os recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade poderia ser rapidamente alterada e alertando sobre posturas e procedimentos menos corretos, perspetivando a otimização dos cuidados prestados.

Demonstramos as competências adquiridas no decorrer da frequência do CPLEEMC, na unidade curricular de Supervisão de Cuidados de Enfermagem, ao procurar e refletindo sobre as novas *guidelines*, procedimentos e domínio de equipamentos de electromedicina existentes, de forma a incutir uma mudança positiva na prestação de cuidados para a promoção da saúde, consubstanciada na proposta de implementação da Via Verde Sépsis no SU do “HAN”.

Tendo em conta os padrões de qualidade e gestão do risco incentivamos a sinalização, com pulseira vermelha, dos doentes com risco de quedas e probabilidade de ação de contenção, o registo efetivo de quedas acontecidas em programa informático adotando na prestação de cuidados, as recomendações da Circular Normativa Circular Normativa N.º 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07, emitida pela Direcção-Geral da Saúde (2007b).

A prestação imediata e eficaz de cuidados, só é possível mediante uma boa organização dos serviços, implementação oportuna e fundamentada do algoritmo de triagem e ressuscitação e manutenção dos cuidados à pessoa com sépsis. O objetivo é salvar a vida e diminuir a incapacidade e o sofrimento. Reforça-se aqui a importância da via verde sépsis no SU, podendo ser alargada a todo o Hospital, de forma a obter a eficácia esperada.

Decorrente do processo infeccioso/sépsis aparecem perturbações biológicas abruptas, causa da falência de um ou mais órgãos que podem colocar a vida em risco ou causar sequelas persistentes, geralmente proporcionais às respostas fisiológicas e ao tempo decorrido. Assim, face a um crescente aumento da incidência de sépsis, à morbilidade e mortalidade originada e aos elevados gastos associados que esta acarreta fundamentamo-nos em estudos científicos e informações nacionais e internacionais (DGS, 2010a), facultamos informações pertinentes e atualizadas sobre a temática compilada e as normas de procedimentos relacionadas em vigor no “HAN”, reunidas

fisicamente num “*dossier* temático”, também disponível informaticamente com acesso rápido aos conteúdos pelos profissionais do SU (Apêndice nº 7) e propomos uma ação de formação sobre a implementação da Via Verde Sépsis no SU (Apêndice nº 10) que resultou da pesquisa de documentos e estudos sobre a Via Verde Sépsis.

Resultante da orientação de estudantes em estágio no âmbito do mestrado em EMC e Pós licenciatura em EMC, tivemos oportunidade de acompanhar e implementar quatro investigações, uma no âmbito da uniformização dos cuidados ao doente queimado na sala de emergência, uma no âmbito dos cuidados aos clientes com feridas complexas e infetadas, uma na reformulação da VVAvc no mesmo SU e outra na uniformização dos cuidados ao doente intoxicado por organo fosforados na sala de emergência, que contribuíram para uma harmonização dos cuidados e para a aquisição de novos conhecimentos, e nos permitiu constatar que apenas com um esforço concertado do grupo onde estamos inseridos, recorrendo a estudos científicos relevantes, o enfermeiro pode ser o promotor de mudança positiva.

De forma a desenvolvermos a conceção de cuidados baseados na evidência, conforme determinado pela coordenação do mestrado, elaboramos um artigo (Apêndice nº 1), alicerçado no PIS, como uma investigação-ação que se caracteriza por ser um processo complexo, coletivo, baseado num modelo de resolução de problemas com a implicação dos destinatários das inovações e que ajudando a reconhecer o significado da profissão, leva à transformação das práticas pela coerência entre o pensamento e ação (Silva & Pinto, 1999).

O objetivo da sua realização foi divulgar o desenvolvimento de um PIS que tinha como objetivo implementar a VVSépsis no SU do “HAN”.

A investigação-ação aplica uma abordagem metodológica especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores articulando a produção de conhecimento com as mudanças nos sistemas e integrando o investigador nessa mudança (Op. Cit., 1999).

O aparecimento de dúvidas e o questionamento sobre os processos de cuidados ao cliente com sépsis, cada vez mais recorrentes ao SU, conduziu-nos a uma necessidade crescente de procura de informação relevante para esclarecer as incertezas existentes.

Na pesquisa sobre a abordagem ao cliente com sépsis, as evidências científicas encontradas para a prática de cuidados específicos revelam-se de grande importância, não só para a elaboração do PIS, como para a prática profissional em contexto de SU. A Enfermagem requer um corpo de

conhecimentos próprios e quem a prática deve adotar uma postura ativa e reflexiva na intervenção do saber tendo em conta que os cuidados prestados devem ser personalizados e únicos. A prestação de cuidados ao cliente com sépsis no SU prevê-se eficaz o mais breve possível sendo desejável que aconteça desde a admissão, antecipando resultados facilitadores de diagnóstico e prognóstico no decorrer do processo de cuidados no serviço e na instituição.

Possuirmos capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem, conforme pretendido neste curso de mestrado é pois um campo que pretendemos continuar a desenvolver, para dar resposta à complexidade cada vez mais crescente de solicitações na prestação de cuidados.

Pelo que agimos de acordo com o CDE, artigo 88.º - Da excelência do exercício, alínea c) *Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*. Com toda a certeza é fundamental que no processo de tomada de decisão em enfermagem, “O enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (OE, 2002, p. 10).

O que nos permite afirmar que mobilizámos a competência de mestre acima mencionada em articulação com a unidade de competência comum: *D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade*, e com a unidade de competência específica: *K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos*.

Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Ao enfermeiro exige-se uma prestação de cuidados competente e humanizada, fundamentada no cuidar, suprimindo as reais necessidades dos clientes e da família atendendo aos princípios éticos e deontológicos da profissão, de acordo com Nunes (2008b, in ROE)

No decorrer do estágio clínico promovemos a discussão de casos de sépsis ocorridos, eventualmente suscetíveis de divergência de opinião entre os elementos das equipas, de forma a proceder à troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional.

Perante as situações-problema discutidas, baseadas no conhecimento científico/reflexão, procurando um esforço conjunto na prestação de cuidados de qualidade, aumentando a satisfação dos intervenientes surgiu a necessidade de formação sobre a sépsis e via verde relacionada, que incrementasse a otimização dos cuidados de enfermagem. Este processo formativo envolve um compromisso da administração, médicos e enfermeiros e restante pessoal do serviço, para melhorar o desempenho.

A elaboração do PIS promoveu a mobilização e aquisição de conhecimentos, que de uma forma humilde mas sempre com uma postura determinada, conseguimos transmitir a toda a equipa o que é ser especialista e mestre em EMC, ao sermos uma referência na prestação de cuidados altamente diferenciados no cuidar em enfermagem e assim promovermos o crescimento de toda a equipa. Acreditamos que este projeto é e será a forma de garantir a melhoria da qualidade, dos cuidados prestados à especificidade das pessoas e famílias abrangidas pela temática, pelo que agimos de acordo com o CDE, artigo 88.º -Da excelência do exercício, alínea b) *Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. E uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a instituição, uma vez que ambas existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade* (OE, 2002).

Uma questão preocupante e diária no SU relacionada com a sépsis/IACS e que nos leva a constante reflexão prende-se com a quantidade contígua de macas com utentes, sem serem cumpridos as normas regulamentares sobre a distância preconizada entre unidades de doentes. A distância é frequentemente ignorada por parte dos profissionais, caracterizada pela afluência ao serviço e a demora de resposta atempada do serviço para satisfação da condição clínica do cliente em tempo útil. Fundamentando-nos nas orientações emanadas pela CCI, baseadas em normas europeias, alertamos a direção do serviço e a equipa de enfermagem para a distância mínima regulamentar de 0,90 m entre macas nos corredores do SU como referido pela DGIES (2006, p.6), e nas áreas funcionais que cumpram um espaço mínimo entre camas de 1,5 metros (centro de um colchão a outro), PNCI (2008, p.58).

No SU e pela juventude da Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais são frequentes os ensinamentos em contexto de formação contínua por nós efetuados. O uso de EPI, a lavagem das mãos na prevenção das IACS, a simples elevação do leito, o posicionamento correto do utente no leito para prevenção de úlceras de pressão ou para facilitação da respiração em doentes com sépsis, uma higiene total e oral bem realizadas, a alimentação periódica e vigilância dos valores glicémicos,

são muitas vezes medidas simples que podem fazer a diferença ao potenciar o ambiente envolvente e os cuidados prestados de forma a promover a saúde e prevenção da doença.

A moderação de mesas em momentos científicos e a apresentação de um *poster* cujo tema “cuidar do cuidador enfermeiro” (Apêndice nº12/ Anexo nº 9) foram momentos de divulgação de súmulas de intervenções e de pesquisa aos profissionais durante a frequência do CPLEEMC, além da divulgação do dossier temático sobre a sépsis aos colegas em suporte papel e informático bem como a afixação dos posters.

Durante a concretização do estágio promovemos o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros pelo cumprimento das Normas existentes que permitem a harmonização dos cuidados prestados. Elaboramos para promover uma conduta homogénea, o regulamento sobre as Funções dos Enfermeiros no Serviço de Urgências homologado pelo CA (Anexo nº 4).

Estimulamos ativamente e enquanto responsável pelo serviço e líder de uma equipa de enfermagem a autoformação promovendo diálogos para a partilha de experiências, em contexto formal de formação em serviço e informal nas aprendizagens práticas em contexto de trabalho, durante a prestação de cuidados, perspetivando um conhecimento válido em enfermagem.

Pensamos estar em condições de afirmar que adquirimos a competência de mestre supramencionada e fizemos a sua inter-relação com as unidades competência comuns: *A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B1.2- Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1- Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e D2-2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*. Da mesma forma relacionámo-la com as unidades de competência específicas: *K.1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos*.

5 – CONCLUSÃO

Sentirmos a responsabilidade de “decidir” e integrar o processo de aprendizagem, assumindo para nós o papel principal no processo de formação, cria um sem número de sentimentos e motivações originadas, consciente ou inconscientemente, pela interação que o meio promove em nós. Estes sentimentos têm origem não só no processo de aprendizagem académica, mas também ao nível da prática clínica, onde cada vez mais se exige ao enfermeiro que seja “especialista” na arte de cuidar. A prática dos cuidados de enfermagem pressupõe um conhecimento teórico atualizado.

Aprender é um processo que implica dificuldades, exige empenho, dedicação e promove uma atitude ativa e participativa daquele que se dispõe a adquirir novos conhecimentos. É um desafio à capacidade de resolução de problemas, de desenvolvimento, de autonomia, de trabalho pessoal crítico e disponibilidade para a integração antecipada no nosso contínuo de aprendizagem.

Ao frequentarmos o CPLEEMC/MESTRADO desenvolvemos conhecimentos, saberes e sentimentos que contribuíram para a mudança que sentimos operar-se em nós, no crescimento como profissional e como pessoa. Tornamo-nos mais fortes, mais atentos para aquilo que se passa à nossa volta e principalmente mais motivados para continuar a investir no saber e aprofundar as competências em enfermagem à pessoa em situação crítica. Este foi o motivo e o princípio do crescimento, que projetamos para o nosso futuro.

A metodologia de trabalho de projeto favorece a articulação curricular e o desenvolvimento de competências adequadas para a formação em contexto de trabalho que conduzem à aptidão profissional, na complexa gestão dos factos reais e emoções inerentes aos contextos vivenciais de cada um. Assim, assumir a capacidade de resposta dos enfermeiros às solicitações dos quotidianos, está dependente da amplitude e diferenciação adequada das suas competências. Esta metodologia permite a interação entre a instituição formadora e o próprio formando, permitindo que este cresça não só como profissional, mas também como pessoa, mobilizando recursos e refletindo sobre si próprio e sobre a sua competência profissional.

A atitude reflexiva traz consigo, momentos de dúvida, de mudança, de autoavaliação, de estratégia, de aquisição de conhecimentos, de mudança de comportamentos e de crescimento. A capacidade

de autoconhecimento, a operacionalização de experiências anteriores e a racionalização das emoções confere-nos uma mais-valia tanto no campo académico como na experiência clínica, facilitando o processo de cuidados à pessoa em situação crítica ou em falência orgânica. A competência, não resulta unicamente dos conhecimentos adquiridos, revela-se como um processo dinâmico na medida em que evolui progressivamente para um processo adaptativo, tanto à aplicação dos saberes teóricos, às diversidades encontradas, como às adversidades do quotidiano.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é um processo que envolve inúmeras dimensões, que ultrapassa e vai muito mais além da recuperação das funções perdidas ou diminuídas. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às novas situações. Na complexidade das situações de saúde e das respostas necessárias mobilizamos conhecimentos e habilidades múltiplas, numa prática fundamentada no conhecimento científico de enfermagem, nas ciências sociais e humanas e embebida nos padrões do Conhecimento de Karper, para responder em tempo útil e de forma holística, para recuperar, orientar na mudança, perspetivando a segurança e o equilíbrio, com o objetivo de potenciar as capacidades da pessoa e família.

Pensamos que a experiência assume um papel central na aprendizagem dos adultos. A experiência, “um material bruto”, quando acompanhada de um processo de reflexão crítica e de formalização, pode ser traduzida em saberes e competências indo ao encontro da perspetiva de Benner. Possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente. A competência advém da mobilização de modo pertinente e no momento oportuno desses conhecimentos e capacidades numa situação real de trabalho.

Como perito e Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assumimos o papel em várias áreas de intervenção, na defesa dos direitos da pessoa. Por outro lado como agente de mudança, concedemos à pessoa e família, faculdades de conhecimento, conceção e avaliação das opções, de planeamento conjunto de estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adotar para alcançar os resultados e como agente de mudança dentro da própria equipa de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar, fortalecemos e facilitamos a relação entre os vários elementos e assumimos ainda o papel de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, líder, moderador e elemento da própria equipa, decorrente da análise do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que sustentou o nosso PIS - *Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência – “promover a Saúde agilizando processos de cuidados”*.

Os momentos práticos que o 1º CPLEEMC da ESS do IPS nos proporcionou permitiu-nos desenvolver as competências essenciais de enfermagem (alívio da dor, higiene e mobilização, prevenção de úlceras de pressão, nutrição adequada, gestão da continência, apoio emocional, sono, repouso e estimulação adequada, prevenção de complicações, obstipação, infeção respiratória), Educação (pessoa doente e família, da equipa de enfermagem, partilha de informação), Consciência Política (Local, Comissões), Consultadoria/Aconselhamento (Promoção da saúde), Governação Clínica (linhas claras de responsabilidade, melhoria da qualidade, gestão de risco), *Empowerment* e Advocacia (fornecer informação, apoio e encorajamento, participação na tomada de decisão, proteger as pessoas vulneráveis), Coordenação (elo de ligação entre os elementos da equipa, parcerias, implementação de planos a longo prazo, liderança), Prática terapêutica (avaliação da pessoa, atividades terapêuticas, ensino e educação, avaliação final), além de gestor aquando assumimos um cliente, gerindo as necessidades de cuidados ou na tomada de decisão.

Vivemos a prática de cuidados com momentos de grande emoção, e outros em que a frustração se manifestou, mas qualquer destes momentos se mostraram importantes no amadurecimento e na evolução, pois, lidar com as contrariedades revelam-se por vezes positivos no crescimento profissional e pessoal, pois, acumulamos um reportório de destrezas cognitivas - aptidões e capacidade para reconhecer padrões - que nos permitem abordar novas situações com familiaridade.

O nosso empenho, motivação, interesse e espírito de sacrifício estiveram ao mais alto nível, pois esta era a especialidade que nos interessava verdadeiramente. Desenvolvemos domínios teóricos, práticos e relacionais, no entanto reconhecemos que o caminho a percorrer ainda é longo, apenas terminou uma etapa.

Relativamente aos aspetos que se revelaram como influência menos positiva, deveram-se à mudança de Chefia de enfermagem do próprio SU e a nível organizacional, pela alteração completa da Direção do Serviço e a própria gestão corrente do CA que trouxeram alguma adversidade ao *timings* cronológicos do projeto de intervenção em serviço desenvolvido, sobretudo para a sua implementação.

As grandes vantagens revelam-se no apoio incondicional que sentimos por parte do corpo docente na orientação e da enfermeira tutora na disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, e no feedback fornecido que nos permitiu aperceber das nossas falhas no decorrer do projeto, que nos permitiu sempre que possível, agir criticamente no sentido de as contrariar.

Sumativamente, o nosso nível cognitivo enriqueceu bem mais no decorrer deste percurso formativo sobretudo pelas pesquisas e leituras realizadas no que concerne a temas tão variados, abordados no âmbito das disciplinas da área médico-cirúrgica lecionadas, as TIC e educação pelas plataformas de aprendizagem consultadas. Ao nível da execução, orientamos o nosso trabalho de acordo com os planos traçados, sendo que estes não foram cumpridos na íntegra, sofrendo por isso alterações e ajustes, sobretudo por implicações contextuais/institucionais e nomeadamente burocráticas, que em muito atrasaram e condicionaram todo o seu desenrolar. Todas as planificações e desenvolvimentos de trabalho foram pensados de forma a manter um encadeamento entre os conteúdos e a torná-los claros e precisos. A certeza porém foi a de ter executado algo que nos realizou e que, ainda hoje, mediante a sua contínua exploração, nos prende o entusiasmo.

Desta forma, e dado tudo o que expusemos, tanto ao longo do documento como nesta conclusão, pensamos que tanto os objetivos a que nos propusemos no início deste relatório como também os do próprio PIS foram alcançados, pois o produto esperado foi construído e é hoje uma realidade apesar de aguardamos superiormente a indicação para a implementação da VVS.

Conscientes das limitações deste trabalho, tanto ao nível das circunstâncias materiais e temporais na sua realização como ao nível da nossa pouca experiência na prática de realização de projetos com tal autonomia e responsabilidade, julgamos que o mesmo nos ajudou sobretudo a refletir sobre as aprendizagens efetuadas, a consolidar e a aprofundar alguns conhecimentos teóricos inerentes ao curso, como também nos permitiu uma visão mais clara e concisa sobre algumas temáticas.

O Curso de Pós Licenciatura e pela redação deste Relatório de Trabalho de Projeto para a aquisição do título de mestre em EMC obrigou-nos a fazer uma análise interior e a reconhecer as nossas fragilidades. O que nos levou a perceber que deveríamos possuir um conhecimento profundo sobre nós mesmos, pela análise reflexiva sobre o nosso comportamento, as nossas crenças e valores e a nossa formação, de forma a podermos construir o nosso modo singular de estar em relação, cimentando as nossas competências profissionais no caminhar rumo à excelência do cuidar em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. C. (2003) – “Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?”. Coimbra: Formasau.
- ALARCÃO, I. (2001). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I.; & TAVARES, J. (2003) – “Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem”. 2.ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina.
- BARBIER, J. M. (1996) - *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.
- BARROS, P. P. (1998) - *Qualidade em cuidados de saúde: avaliação, melhoria, custos e qualidade*. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- BRAGA E.M., SILVA M.J.P (2007). - Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul. Enferm*, 2007, 20 (4), (p. 410-4).
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto.
- BONE, R.C, et al (1992) - *Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: ACCP/SCCM Consensus Conference*. *Chest* 101, (p.1644-1655)
- CARNEIRO, A. H. & POVOA, P. (2010) - *Conceitos, termos e definições na Sepsis Grave*. In: Manual do curso de Infecção e Sepsis; pags. 1-12
- CARNEIRO, A. H. (2011) - *Sépsis – fisiopatologia e conceitos*. IN Manual do Curso de Sépsis e Infecção Grave para Médicos, Porto. Reanima
- CARPER, B. (1978) - *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science*. 1(1):13-23.
- CHALIFOUR, J. (2008) *Intervenção Terapêutica -os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta,
- CHIOSA, M. L, & PONZETTI, C.F, (2009) - *A model for reducing medical errors*. Clínica.
- COLLIÉRE, M- F. (1999) - *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel.
- COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL. *Critérios e Normas Técnicas para a Elaboração de Planos de Emergência de Protecção Civil. Diário da República*. Lisboa: Diário da República 2ª Série- Nº 138 de 18 de Julho de 2008, p. 31950-31952.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (2007). *Documento Orientador Sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Autor
- COTRELL, S. (2000) – “*Introduction to Clinical Supervision*”. 1.ª Edição. Lisboa: Educa.
- CRAYG, J.V., SMYTH, R. (2002) -Prática Baseada Na Evidência. *Manual para Enfermeiros*. Loures : LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas Lta.
- DELLINGER, R. P. et al (2004) - Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 32:858 – 873
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002) - *Prevenção das Infecções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático*. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde.

- DOMBROVSKIY V et al. (2006) - Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: A trend analysis from 1993 to 2003. *Crit Care Med*; 35: 1244-50
- FAWCETT, J. (1992) - Conceptual models and rules for nursing practice. In: CHASKA, N. (Ed) *The nursing profession: turning points*. Missouri: Mosby Company. P. 255-265
- FAWCETT, J. (2005). *Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis Company
- FERREIRA, J. M. C, NEVES, J & CAETANO, A (2001) *Manual de Psicossociologia das Organizações*, Amadora, McGraw-Hill
- FORTIN. M, F. (1999) - *O Processo de Investigação: da concepção á realização*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda
- FRAGATA, J; & MARTINS, L. (2004) - *Erro em medicina, perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* – Livraria Almedina. Coimbra, 2004. ISBN: 9724023478
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no serviço de Urgência – manual do formando*. 2ª ed.. Lisboa: BMJ Publishing Group
- HENKIN, C. S; et al (2009) - *Sepse: uma visão actual*. Revista Ciência Médica. Porto Alegre, v. 19, n. 3 jul./set. p. 135-145,
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa Lisboa*: Lusociência.
- HESBEEN, W (2001) - *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- HESBEEN, W (2003) - *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.
- HOEMAN, S. P. (2000) - *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Loures. Lusociência.
- “HOSPITAL ARTE NOVA” (2011) - *GDH Sépsis 2010 – estatística interna*.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2009) – *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. ICN Regulation Series.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2012). *Closing the gap: from evidence to action*. Geneva: ICN.
- JESUS, D. (2004) *Teoria do deficit de autocuidado: um estudo com hipertensos em dificuldades de adesão ao tratamento*. 88 p. Monografia (Graduação em Enfermagem). Curso de graduação em enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- JESUS, S.N. (2008) – *Estratégias para motivar os alunos*. Educação. Porto Alegre V 31, nº1 p.21-29
- KEMP, N. e RICHARDSON, E. (1995) - *Garantia da qualidade no exercício de enfermagem*, Lisboa: Grafilarte-Artes Gráficas.
- KERLINGER, F. N., (1973) *Foundation of Behavioural Research*, Second Edition, Holt, Rinehart & Winston, 741 p.
- KUBLER-ROSS, E. (2008). *Acolher a Morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- LAZURE, H. (1994) *VIVER A RELAÇÃO DE AJUDA: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta. Qualigrafe

- LEDDY, S.; PEPPER, J. (1993). *Conceptual bases of professional nursing*. 3ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- LESSARD_HÉBERT, M. (1996). *Pesquisa em educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LOPES, A; & NUNES, L.. (1995) Enquadramento da ética na enfermagem. *Servir*. vol. nº 43, p.297-301.
- MAXIMIANO, A. C. A. Teoria geral da administração. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MENDONÇA, S. S. (2009) – *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ª Edição. Editorial Novembro.
- MEZOMO, J. (2001) - *Gestão da qualidade na saúde, Princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- MORAIS, G. S. N et al (2009) - *Comunicação como instrumento básico no cuidar*. In: Acta Paul Enfermagem, vol. 22, nº3, p. 323-327.
- MORENO RP, et al. (2009) - Risk Stratification in Severe Sepsis: Organ Failure Scores or PIRO? In: J. Rello et al (eds.). *Management of Sepsis: The PIRO Approach*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. p. 11-22
- NUNES, L (2009) - *Ordem dos Enfermeiros, Modelo do Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- NUNES, L. (2002) - «Cinco estrelas» cerca das competências morais no exercício de Enfermagem. *Nursing*. Novembro. nº 171.p.8-11.
- NUNES, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- NUNES, L; AMARAL, M; & GONÇALVES, R (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários a análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: Grafinter
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003a) - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros*, 2, 15.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003b) - Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade. *Ordem dos Enfermeiros*, 2, 15-20.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003c) - *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003d) - *Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007a) – *Enfermagem Portuguesa, implicações na adequação ao processo de Bolonha, no actual quadro regulamentar*. Lisboa. Autor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007b) – *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa. Autor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008a) – *IX seminário de ética, 10 anos de deontologia profissional, 60 anos de direitos humanos*. Rev. nº 31. Dezembro. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a) - *Regulamento n.º 122/2011* - Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b) - *Regulamento n.º 124/2011* - Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011
- PACHECO, S. (2002) – *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética*. 1.ª Edição. Loures: Lusociência.
- PENDER, N. J. (1996). *Modelo de Promoção de Saúde* Revisto. Health promotion in nursing practice (3 ed.). Stamford: Pearson Education.
- PEREIRA, L. F. (2003). *Qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- PEREIRA, M A G.(2008) *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do Luto*. Coimbra: Formasau,.
- PHANEUF, M. (2001) – *Planificação de cuidados: um sistema integrado personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora,
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- PINA, E. (1994) - Relatório: Inquérito de Prevalência de Infecção. *Sistemas de informação para a gestão de serviços de saúde*. Lisboa: IGIF.
- PINTAR, K.A.; CAPUANO, T.A.;& ROSSER, G.D. (2007) – *Developing Clinical Leadership Capability*. *Journal Continuing Education Nursing*, 38(3), p. 115-121.
- PIRES, A. L. O. (2007) - *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem de competências*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- PIRES, A. P. (2008) Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*. Setembro, , nº 72, p.13-18.
- PIRES, A. R. (1999). *Inovação e desenvolvimento de novos produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- PIRES, R. et al (2004) – “*Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem*”. In Revista Sinais Vitais nº 54. Maio. Coimbra. 5 pág.
- PÓVOA, P.R. eT aL (2009). Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. *Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI study)*. *Crit Care Med*; 37: 410-6
- RIBEIRO, J.M.S. (2011) – Autonomia profissional dos Enfermeiros. *Referência*. Coimbra III série nº 5
- RODRIGUES, D. (org.) (2007). *Investigação em Educação Inclusiva*, volume 2. Cruz Quebrada: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva – Faculdade de Motricidade Humana.
- ROSOLEM MM et al. (2010) - *Entendendo o conceito PIRO: da teoria a pratica clinica – Parte 2*. *Rev Bras Ter Intensiva*;22(1):64
- SILVA, A; PINTO, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- SILVA, M. A. (2000) – *Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: [s.n]
- STACCIARINI, J.M.R., et al (1999) - “*Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem*”- *Rev. Latino- Americana de Enfermagem*. Vol.7, nº5. Ribeirão Preto. Brasil.
- TOMEY, A., ALLIGOOD, M. (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* – Loures. Lusociência. p. 3-14

- VIEIRA, F. (1993) – “Supervisão: Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores”. Rio Tinto: Edições Asa
- WATSON, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- WATSON, J (2002) *Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar. Uma Teoria De Enfermagem*. Loures: Lusiciência Edições Técnicas e Científicas
- WOOLF SH, et al (1999) - *Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. BMJ 318 (7182):527-530

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL: *PLANO DISTRITAL DE EMERGÊNCIA DE PROTECÇÃO CIVIL*.2010.Governo Civil De Setúbal. [consulta: 8 Set. 2012]: URL: http://www.gov-civil-setubal.pt/PDEPC/PDEPC_Final.pdf.
- CARTONI, D.M. (2011) – *Apostila: Metodologia de pesquisa científica*. Campinas. [consulta: 8 Set. 2012] URL: <http://danicartoni.webnode.com/products/refer%C3%A2ncia%20%232/>
- CARVALHO, V. (2009). *Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica*. Escola Anna Nery, 13(2), 406-414. [consulta: 3 Novembro 2012] URL http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200024&lng=en&tlng=pt.
- CNECV (1995). Parecer Sobre Aspectos Éticos Dos Cuidados De Saúde Relacionados Com O Final Da Vida [consulta: 3 Setembro 2012] URL: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059417_P011_FinalDaVida.pdf
- CNECV (1999). Reflexão ética sobre a dignidade humana. [consulta: 3 Setembro 2012] URL: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf
- DELLACROCE, H (2009) – *Surviving Sepsis: The role of the nurse*. RN. N.º 72, (p. 16-21). [consulta: 8 Jan. 2011]. URL: <http://web.ebscohost.com>
- DELLINGER, R. P. et al (2008) - *Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock*. Intensive Care Med 34:17-61. . [consulta: 8 Jan. 2011]. URL:<http://www.esicm.org/Data/upload/images/file/SSC%20Guidelines%202008%20ICM%200934%20full%20text.pdf>
- DIAS, A. M. et al. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201-219. [consulta: 8 Ago. 2012]. URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) - Circular normativa nº9/DGCG. DATA: (14/06/2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registos sistemático da Intensidade da Dor*. [consulta: 3 Julho. 2012] URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007) - *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde* – Lisboa [consulta: 8 Jan. 2011]. URL: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007b) – Circular Normativa N.º 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07. Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física. [consulta: 8 Jan. 2011]. URL: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008) - *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Nº:11/DSCS/DPCD. DATA: 18/06/08 [consulta: 3 Julho. 2012] URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010a) - *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS)* - Circular Normativa nº1/DQS/DQCO, 06/01/2010. [consulta: 8 Jan. 2011]. URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010b) - Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Eixo Estratégico - Cidadania Em Saúde* [consulta: 8 Set. 2012]: URL: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Cidadania_em_Sa%C3%BAde.pdf

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. [consulta: 8 Out. 2012]: URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoIsegDoente_Final.pdf

FERRITO et al (2010): Metodologia de Projecto Colectânea descritiva de etapas. *Revista percursos* nº 15 Jan-mar [consulta: 3 Junho. 2012] URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

FONTE, C. (s.d) *Dimensão ética do agir*. [consulta: 8 Set. 2012]: URL: <http://afilosofia.no.sapo.pt/10valeticos.htm>

GUERRA, I. (1994), *Introdução à Metodologia de Projeto* (doc. Int.), CET, Lisboa [consulta: 8 maio. 2011]. URL: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

“Hospital Arte Nova” - Visão e Missão [consulta: 8 maio. 2011]. URL: [http://www."HAN".min-saude.pt/](http://www.)

<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=teoria>, Dicionário on-line de língua Portuguesa

<http://www.sepsisnet.org/Pages/Home.aspx>

<http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

LEVY, M.; et al (2003) - 2001 SCCM / ESICM / ACCP / ATS / SIS / International Sepsis Definitions Conference. *Intensive Care Medicine*. 29 (1): 530 – 538. [consulta: 8 Jan. 2011]. URL: <http://www.esicm.org/data/upload/PDF/08-library/0A-guidelines-recommendations/sepsis/file4.pdf>

MACHADO M. M. P. (2009) - *Adesão ao Regime Terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado Psicologia – Universidade do Minho (s/d) [consulta: 8 Ago. 2012]. URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

MANSO, A. (2010) - *Enfermagem A Indivíduos Internados Numa Unidade De Cuidados Intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português*. Tese de mestrado Univ. Nova de Lisboa [consulta: 8 Ago. 2012]. URL: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/erro.pdf>

Manual-Curso-Sepsis-2011; HUC-Coimbra-1.pdf: <http://pt.scribd.com/doc/49429714/Manual-Curso-Sepsis-2011>

MATOS, M. et al. (2006) Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia teoria e prática*, v. 8, n.1, p.55-75, [consulta: 8 Outubro. 2012]: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=193818626004>

NOVA, A. C. (2008) - *A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro*. Hospital do futuro [consulta: 28 Setembro 2012] URL: <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=45>

NUNES L. (2008b) - *Fundamentos éticos da deontologia profissional*. Revista da Ordem dos Enfermeiros nº31. Lisboa, [consulta: 3 Setembro 2012] URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf

NUNES, L. – *Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros*. [consulta: 3 Junho. 2012] URL: http://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/perspectivaeticarisco_cuidados-seguros_In.pdf

NUNES, L. (2006) *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso Ordem dos Enfermeiros [consulta: 8 Jun. 2012]. URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf

NUNES, L. (2008a) *Enfermagem, desafios da disciplina e da profissão*. Revista percursos nº 7 Jan-mar [consulta: 3 Junho. 2012] URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_07.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - *Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem - Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos* [consulta: 31 Jan. 2011]. URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - *Quadro de Referência para a construção de indicadores de Qualidade e produtividade na enfermagem*. [consulta: 8 Jun. 2012] http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - *Matriz cursos especialidade*. [consulta: 2 Fev. 2011] URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=161&print=1>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007c) – *Enunciado de Posição 02/07. Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem*. [consulta: 31 Jan. 2012]. URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008b) - *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*, [consulta: 31 Jan. 2011]. URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_Dor_publicacoes.pdf

PEREIRA et al. (2005) *A Infecção Hospitalar e suas implicações para o cuidar da Enfermagem*. Abril-Junho.nº14. [consulta: 31 Março. 2011]. URL: <http://www.scielo.br/pdf/>

PHILLIPS B, et al. (2010) - Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of evidence. Grades of recommendation. (Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>)

PORTUGAL – Assembleia de Republica Portuguesa – Ratificação da Declaração universal dos direitos do Homem, de 9 de Março de 1978. [consulta: 8 Jun. 2012] URL: <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>

PORTUGAL - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior -Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, republicado com a redacção que lhe é dada pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de

Junho [consulta: 30 Outubro. 2012] URL:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Geral/MenuTopo/Legislacao/Grau+Titulos+Equivalencias.htm>

PORTUGAL - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior -Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de Setembro, rectificado pela Declaração de Retificação n.º 81/2009, de 27 de Outubro [consulta: 30 Outubro. 2012] URL:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Geral/MenuTopo/Legislacao/Grau+Titulos+Equivalencias.htm>

PORTUGAL – Ministério da Saúde - LEI DE BASES DA SAÚDE - Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. [consulta: 8 maio. 2011]. URL:

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

PORTUGAL – Ministério da Saúde - LEI N.º 111/2009, de 16 de Setembro; Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros do Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. [consulta: 2 Fev. 2011] URL:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf

PORTUGAL – Ministério da Saúde - Despacho n.º 5414/2008 de 28 de Fevereiro. Define e classifica os serviços de urgência [consulta: 30 Maio. 2012] URL: <http://dre.pt/sug/2s/diplomas-lista.asp>

PORTUGAL – Ministério da Saúde - Decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro. Carreira de Enfermagem [consulta: 30 Abril. 2011] URL: <http://dre.pt/pdf1sdp/1991/11/257A00/57235741.pdf>

PORTUGAL – Ministério da Saúde. ACS. ISEG-UNL. - Plano nacional de Saúde 2011-2016. [consulta: 31 de Jan. 2011]. URL: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>

PORTUGAL – Ministério da Saúde. DGS - Plano nacional de Saúde 2004-2010. [consulta: 31 de Jan. 2011]. URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_214.html

RAMOS, S. (2007). *Introdução a Metodologia do Trabalho de Projecto*. Escola Dr. Mário Sacramento. [consulta: 11 de Maio 2011]. URL: <http://esms.edu.pt>

REPE - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril), [consulta: 3 Setembro 2012] URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

SILVA, M. J. (s.d) – O poder da Comunicação na Enfermagem. [consulta: 3 Setembro 2012] URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf>

SOARES, M. L. P. C. (2004) - O que é o Conhecimento? Questões de Epistemologia [consulta: 3 Setembro 2012] URL:

http://www.academia.edu/1069584/O_que_e_o_Conhecimento_Questoes_de_Epistemologia

SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN, [consulta: 4 Fev. 2011]. URL: <http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

VICTOR, J.F, LOPES, M.V. O. & XIMENES, L. B. (2005) - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender Acta Paul Enferm. 2005;18(3): 235-40 [consulta: 3 Junho 2012] URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) - Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Copenhagen, [consulta: 3 Outubro 2012] URL: <http://www.who.org>

ANEXOS

ANEXO Nº 1 – Pedido de Autorização ao CA do “HAN”

PRESIDENTE DO CONSELHO
DE ADMINISTRAÇÃO
AMARILDE BELO

Ao Conselho de Administração
Do "Hospital Arte Nova

Amaro Silva Pinto, Enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência do "HAN" a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito do Relatório de Estágio Profissional e há semelhança do enquadramento prévio para a realização do estágio III (de adaptação) realizado entre Janeiro e Abril de 2011 no Serviço de Urgência, durante a Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, de acordo com a metodologia de projecto, se propôs apresentar um protocolo para implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência e vos remetido em Outubro de 2011, vem mais uma vez solicitar autorização para:

Referenciar o "HAN" no Relatório

Solicitar ao Departamento de Estatística relativamente aos Grupos de Diagnóstico Homogéneo - GDH do Hospital, os números absolutos de Sépsis/Septicemias/Choques Sépticos havidos nos anos 2010 e 2011 e por faixa etária com a devida permissão para os trabalhar estatisticamente e os referenciar no Relatório. Consciente de que o mesmo protocolo necessita de pequenos ajustes para que a sua implementação seja mais célere, menos onerosa e se reflecta na realização de boas práticas em contexto de trabalho e em suma nos ganhos em saúde para a população, que seguramente são os objectivos institucionais, propõe-se desde já reformulá-lo. Sem outro assunto, encontra-se disponível para qualquer esclarecimento, aguarda deferimento.

Santiago do Cacém, 26 de Julho 2012

Atenciosamente

Amaro Silva Pinto

Enfermeiro Director
Inácio Neves

Presidente do C.A.	<input type="checkbox"/>
1.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
2.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
3.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
4.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
5.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
6.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
7.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
8.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
9.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
10.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
11.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
12.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
13.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
14.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
15.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
16.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
17.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
18.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
19.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
20.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
21.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
22.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
23.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
24.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
25.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
26.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
27.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
28.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
29.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
30.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
31.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
32.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
33.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
34.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
35.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
36.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
37.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
38.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
39.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
40.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
41.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
42.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
43.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
44.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
45.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
46.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
47.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
48.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
49.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
50.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
51.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
52.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
53.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
54.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
55.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
56.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
57.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
58.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
59.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
60.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
61.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
62.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
63.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
64.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
65.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
66.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
67.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
68.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
69.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
70.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
71.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
72.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
73.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
74.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
75.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
76.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
77.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
78.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
79.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
80.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
81.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
82.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
83.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
84.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
85.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
86.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
87.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
88.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
89.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
90.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
91.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
92.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
93.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
94.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
95.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
96.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
97.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
98.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
99.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>
100.º Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>

ANEXO Nº 2 - Folha de Ação Formativa – Sumário e Presenças

HOSPITAL ARTE NOVA

AÇÃO FORMATIVA

MÓDULO: Via Verde Sepsis

Sumário

Harmonizar conceitos relacionados com a Sepsis/ conhecer algoritmo VVSepsis

Aplicar os critérios de presunção da infecção

Alertar para a brevidade das colheitas para análises/culturas, antibioterapia e reperfusão tecidual

Prestar cuidados de enfermagem e de suporte /cipe

Preletor **AMARO PINTO**

Data : ____/Outubro/2011

Hora:

PRESENÇAS

NOME	SERVIÇO	RÚBRICA

ANEXO N° 3 – Informação da Enf.^a Responsável pelo SU

INFORMAÇÃO



Para os devidos efeitos informa-se que o Sr. Enf. Amaro Pinto apresentou, em Julho do ano de 2011, uma proposta de protocolo intitulado "Via Verde Sépsis" ao "Hospital Arte Nova" visando a sua futura implementação no Serviço de Urgência.

O protocolo, o qual considero muito bem elaborado e que pode representar uma importante mais-valia neste Serviço, foi apresentado ao Sr. Diretor do Serviço de Urgência e encaminhado para o Conselho de Administração visando a sua homologação.

Pelo exposto informa-se que até à presente data o projeto não foi ainda homologado pelo Conselho de Administração deste hospital.

Santiago do Cacém, 19 de Outubro de 2012

Enfª Responsável pelo Serviço de Urgência

Guadalupe Fagulha

ANEXO Nº 4 – Funções dos Enfermeiros no Serviço de Urgência (1ª página)

“Guia de Orientação e Acção dos Enfermeiros no Serviço de Urgência”

HOSPITAL ARTE NOVA	FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	2012.01.20 ED. 1 Página 1 de 18
-----------------------	---	---------------------------------------

GUIA DE ORIENTAÇÃO E ACÇÃO DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

ELABORADO POR:

Amaro Silva Pinto;
Enf. SU

HOMOLOGADO:

Adelaide Belo
PRESIDENTE DO CONSELHO
DE ADMINISTRAÇÃO
ADELAIDE BELO

Inácio Neves
Enfermeiro Director
Inácio Neves

12/3/20

ANEXO Nº 5 – Procedimento em caso de Falhas dos Sistemas Informáticos (1ª página)

<p>Hospital Arte</p> <p>Nova</p>	<p>PROCEDIMENTOS EM CASO DE FALHA DO SISTEMA INFORMÁTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>NP- 66</p> <p>09-08-2010</p> <p>Revisão 1</p>
--	---	--

NORMA DE PROCEDIMENTO

HOMOLOGAÇÃO

Conselho de Administração, em

Homologação

O Conselho de Administração do H.L.A.

[Assinatura]
Adriano Silva
Presidente

[Assinatura]
" " "
Inácio Nunes
Enfermeiro Director

01/09/2010

ELABORADO POR

Coordenadora do Serviço de Urgência: Dr.ª Conceição Vilão

Substituto do Enfermeiro Responsável do Serviço de Urgência: Enf.º

Amaro Pinto

Responsável do Serviço de Informática: Eng.º Guilherme Vicente

ANEXO Nº 6 – Circuito de utentes do foro judicial

Hospital Arte Nova

CIRCUITO DE UTENTES DO FORO JUDICIAL

1. O Utente sai do carro celular ou outro, sempre acompanhado pelos agentes de segurança e são encaminhados para o gabinete 5 (junto à sala de verdes e azuis).
2. Um dos agentes desloca-se até ao balcão de atendimento do SU para efectuar o registo de admissão do referido utente.
3. Após o registo o agente vai para o gabinete 5 e aguarda pela chamada do utente à Triagem.
4. Ao ser chamado à Triagem os agentes da Força Policial acompanham o utente à respectiva sala, onde lhe é aplicado o protocolo de Triagem de Manchester.
5. Se a cor atribuída ao utente for LARANJA, o mesmo é encaminhado para a Sala Aberta acompanhado pelos agentes de Força Policial.
Se a prioridade for AMARELO, VERDE ou AZUL o utente volta para o gabinete 5 (sempre acompanhado pelos agentes de Força Policial) onde o médico, enfermeiro(a) se deslocarão para observação clínica, administração de medicação, bem como para resultados de exames.
6. Caso o utente seja acamado (independentemente da cor atribuída na Triagem) é colocado numa das macas do Hospital e vem para o corredor situado entre a sala de Pequena Cirurgia e o Gabinete de Ortopedia, onde aguarda observação clínica, medicação e exames.

CO-0015 157
12/18/10

DIRECTORA SERVIÇO DE
URGÊNCIA
DR.ª CONCEIÇÃO VILÃO

ANEXO Nº 7 – Formação, Supervisão, Orientação e Integração de Enfermeiros

Hospital Arte

Nova

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o Sr.º Enfermeiro Amaro Silva Pinto, portador do Bilhete de Identidade n.º 7621172, emitido pelo arquivo de identificação de Setúbal em 02/04/2003, a exercer funções no Serviço de Urgência do “Hospital Nova” , colabora na orientação e supervisão de estudante em ensino clínico/estágio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desde dia 14 de Setembro de 2009 até à presente data. Este estágio terá o seu término a 21 de Novembro de 2009, com um total de 350 horas.

Santiago do Cacém, 30 de Outubro de 2009

Enfermeira Chefe
Enfermeira Chefe

Maria José Amarante
(Maria José Amarante)



A 88 cmf: Domingos Enchilado,
para andamento.

22-24-94

27

FAX Nº 303/11-AP Data: 20/07/2011

De: Prof.ª Doutora Alice Ruivo
Escola Superior de Saúde
Edifício ESCE - Estefanilha
2914-503 SETÚBAL

E-mail: alice.ruivo@ess.ips.pt

Telefone: + 351 - 265 709 373

Fax: + 351 - 265 709 392

Número de páginas incluindo esta: 02

Para: Ex.^{mo} Senhor
Enfermeiro Director
Inácio Neves

“Hospital Arte Nova”

Telefone: + 351 – 269 818 100
Fax: + 351 – 269 818 156

Assunto: Pedido de Estágio no Serviço de Urgência para um enfermeiro aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS considera a realização de estágios em unidades de saúde em que são expressivas as problemáticas do foro Médico-Cirúrgico.

Orientados para a elaboração de um projecto de aprendizagem/intervenção, os estágios articulam as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e desenvolvem-se, de acordo com a metodologia de projecto, em torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação.

Uma vez que o **Serviço de Urgência** preenche os requisitos previstos para os locais de estágio no âmbito desta especialidade em enfermagem, somos, por proposta do próprio, a solicitar autorização para que a **enfermeira Ana Cristina Duarte Pereira**, aluna do curso em epígrafe, possa realizar os seguintes estágios na unidade:

Estágio I e II (16 ECTS): De 26 de Setembro a 8 Fevereiro de 2012 (pausa Natal de 17 de Dezembro a 4 de Janeiro), sendo 167 horas de contacto em estágio e 251 horas de trabalho do formando, com uma média de 11h semana.

[illegible]



Têm como resultado de aprendizagem:

- A identificação, fundamentada, de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica (problema/opportunidade) em contexto de estágio (diagnóstico situação) e o respectivo planeamento;
- A formulação e iniciação de um projecto de aprendizagem clínica a discutir com o professor e orientador de estágio;
- A reflexão sobre a prestação de cuidados às pessoas e famílias de âmbito especializado.

O Estágio III (16 ECTS): De 19 de Março a 11 de Julho de 2012 (pausa lectiva da Páscoa de 31 de Março a 11 de Abril de 2012), média de 16 semanas, sendo 209 horas de contacto em estágio e 209 horas de trabalho do formando, numa média de 13.1 h presenciais em estágio por semana.

Tem como resultado de aprendizagem:

- A execução do projecto de intervenção formulado no contexto de Estágio I e II e a avaliação do executado;
- A conclusão e discussão do projecto de aprendizagem clínica iniciado nos estágios I e II;
- A reflexão sobre a prestação de cuidados às pessoas e famílias de âmbito especializado.

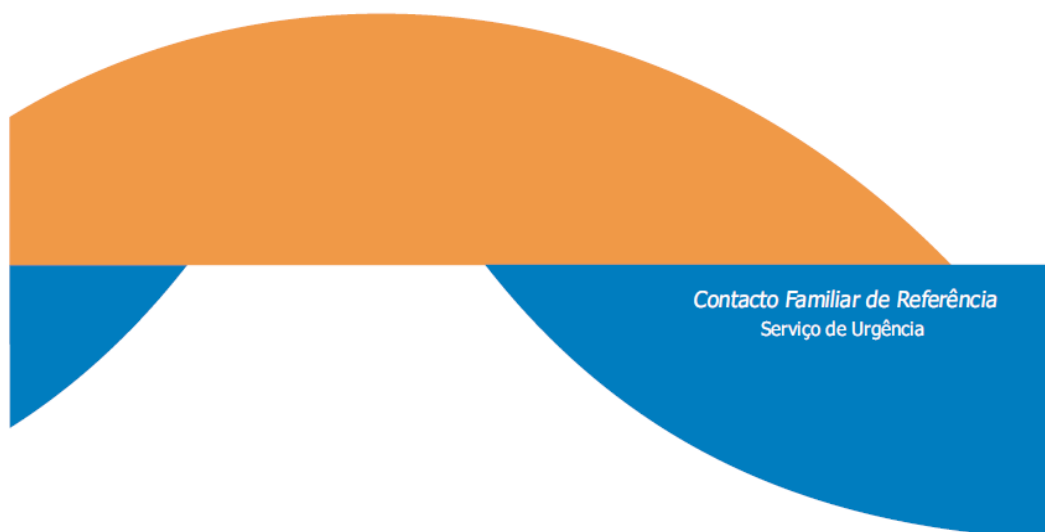
Mais informamos que os estágios serão orientados por um docente da ESS/IPS em colaboração com a enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica Amaro Pinto (Cédula Profissional 5-E-33118), proposta pela aluna.

Aguardando a vossa melhor e mais célere resposta, com os melhores cumprimentos, *Pessoa*

A Coordenadora do Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico - Cirúrgica da ESS/IPS,

Professora Doutora Alice Ruivo


ANEXO Nº 8 – Contacto Familiar de Referência



Hospital Arte Nova

Elaborado pela Direcção do Serviço de Urgência
Direcção - Dr. Brito Palma
Chefia de Enfermagem - Enf. Amaro Pinto

Telefone: 269 818 142 ou 269 818 160

 **Contacto Familiar de Referência** **Serviço de Urgência**

Para facilitar o contacto entre a Família do utente e o Serviço de Urgência, este serviço criou:

O CONTACTO FAMILIAR DE REFERÊNCIA


A pessoa (familiar directo ou substituto) que faz a ligação entre a família e o Serviço de Urgência/Sala de Observações.

Só são dadas informações clínicas ao Familiar de Referência designado.

Este procedimento permite ao familiar de referência:

- Preencher os dados da ficha de contacto.
- Ter disponibilidade para contacto com serviço de urgência sempre que solicitado.
- Tomar conhecimento da evolução clínica do doente e transmiti-la à restante família.

A informação é assegurada pelo Enfermeiro e/ou pelo médico responsável pelo doente.

 **Contacto Familiar de Referência** **Serviço de Urgência**

- 1- Contacto telefónico entre as 10 h e as 11 h e as 21 h e as 21,30 horas.
- 2- Informação presencial entre as 14 h e as 15 h e entre as 19 h e as 19,30 horas.

VISITAS

Devido às características deste Serviço não são possíveis visitas com horários alargados, e o horário a seguir indicado poderá, por imperativos clínicos, sofrer alterações a qualquer momento.

AS VISITAS aos doentes efectuem-se entre as 14 e as 15 Horas e as 19 e os 19.30 Horas.

O Doente pode receber 2 visitas de familiares directos, alternadamente até um máximo de 10 minutos cada, desde que as suas condições de saúde o permitam (de acordo com o critério clínico).

Compete ao familiar de referência indicar previamente entre os familiares quem fará a visita.

Agradecemos a vossa colaboração para o melhor atendimento aos doentes

ANEXO Nº 9 – Declaração de participação com Poster Científico



APÊNDICES

APÊNDICE Nº 1 – ARTIGO

Projecto de Intervenção em Serviço: Implementação da Via Verde Sepsis – Promover a Saúde agilizando o processo de cuidados

Projecto de Intervenção em Serviço

Implementação da Via Verde Sépsis – Promover a Saúde agilizando o processo de cuidados

Amaro Pinto ¹; Elsa Monteiro ²

(1) - Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

(2) - Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

A Via Verde Sépsis é um protocolo terapêutico, ancorado na evidência científica, permite diminuir a mortalidade, promover a saúde e representa um meio potencial para a utilização eficiente dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos e melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes com Sépsis.

Conforme a exigência da Circular normativa N.º: 01/DQS/DQCO de 06/01/2010 emanada pela DGS e tendo por base os Objetivos de estágio III da Unidade curricular de Enfermagem no âmbito do 1.º Curso de Pós-licenciatura de EEMC, realizado no SU do “HAN” no período de 11 de Janeiro e 22 de Maio de 2011, desenvolvemos um PIS no serviço referido, tendo por base as etapas que constituem a Metodologia de Projeto, e que tinha como objetivo a Implementação da Via Verde Sépsis na Instituição supracitada.

Palavras-chave

Projeto de Intervenção em serviço, metodologia de projeto, Via Verde Sepsis, Promoção da Saúde

Introdução

O SNS tem como principal objetivo promover o acesso e uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível. O hospital desempenha um papel fundamental, ao permitir que possam ser orientados os recursos necessários, para que se verifique um nível de

Abstract

The Via Verde Sepsis is a treatment protocol, grounded in scientific evidence, allows to decrease mortality, promoting health and represents a potential means for the efficient use of existing resources, with simultaneous cost containment and improved quality of care for clients with sepsis. As the normative requirement of Circular No.: 01/DQS/DQCO of 06/01/2010 issued by the DGS and based on the Millennium Stage III Unit Nursing curriculum within the 1st Course of Post-licensure EEMC held in SU “HAN” between January 11 and May 22, 2011, developed a SIP service that, based on the steps that constitute the Methodology Project, which was aimed at implementing the Via Verde in Sepsis institution above.

Keywords

Intervention Project in service, project methodology, Via Verde Sepsis, Health Promotion

especialização de cuidados e uma concentração de recursos adequados, aliados a uma priorização dos objetivos de segurança e qualidade.

A Organização Mundial de Saúde (1) afirma que “um serviço de saúde de qualidade é aquele que organiza os recursos eficazmente de forma

a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”. Esta afirmação reporta-nos para a qualidade na prestação dos cuidados que os clientes desejam e experienciam, que necessitam e para a aplicação eficaz das melhores práticas e através da elaboração de normas e regulamentos.

Neste sentido, no Âmbito do 1º CPLEE da ESS do IPS realizamos um estágio que fazia parte integrante do seu Plano de Estudos, que decorreu no SU do “HAN” e durante o mesmo, desenvolvemos um PIS na área temática Via Verde Sépsis, de forma a dar resposta à Circular N.º: 01/DQS/DQCO de 06/01/2010 emanada pela DGS.

Para a realização do PIS recorremos à Metodologia de Projeto que consiste na seleção de estratégias que permitam a articulação entre os objetivos e os recursos e potencialidades do meio de intervenção (2), e que pretendemos agora dar a conhecer a forma como o desenvolvemos de acordo com as etapas de projeto que constituem a metodologia referida.

Enquadramento teórico

A incidência progressivamente maior de sépsis e o aumento dos clientes com situações que predispõem ao aparecimento de quadros sépticos justificam um importante investimento na tentativa de reduzir a incidência e quando tal não é possível reduzir a morbilidade e mortalidade associada à sépsis.

Os mecanismos de resposta do organismo à agressão, incluindo a infeção, são muito mais complexos do que se julgou inicialmente e variam com o hospedeiro, com o agente infeccioso e com o enquadramento em que ocorre a sépsis (3).

É necessário tentar encontrar critérios de diagnóstico e estratificação da sépsis mais específicos e discriminadores através da precocidade da intervenção terapêutica, do suporte eficaz das funções vitais e do controlo rápido e eficiente do foco infeccioso.

O foco assistencial é identificar os clientes precocemente com sépsis e tratá-los de forma agressiva durante as primeiras 24 horas. Para isso é necessário melhorar as organizações e o processo como se cuida dos clientes em risco de vida.

A partir dos Algoritmos definidos pela DGS todos os hospitais podem desenvolver protocolos, prescritivamente procedimentos assistenciais, para todos os clientes serem tratados de forma sistemática, todos os profissionais saberem o que fazer, e Incorporar o protocolo nos sistemas eletrónicos de registos clínicos. Tem sido demonstrado que os padrões de cuidados baseados em evidências melhoraram os resultados com favorável prognóstico para os clientes (4).

A determinante que pode efetivamente contribuir para salvar vidas é essencialmente a organização dos serviços, dos profissionais, o trabalho em equipa por objetivos comuns e a capacidade para, avaliando os resultados e o desempenho, manter uma postura pautada pela vontade de melhoria contínua, a estratégia concentra-se (5):

- Na organização dos serviços de forma a assegurar que o processo de cuidar do cliente com sépsis é precoce e eficaz (primeiras horas após contacto com os serviços de saúde);

- No treino das equipas multiprofissionais para trabalho coordenado e com objetivos comuns,

- Na definição de algoritmos de procedimento centrados na periodização do diagnóstico e tratamento precoces, suporte de órgãos eficaz e controlo imediato do foco.

Os enfermeiros, como elementos chave, são os profissionais que dão o cuidado, e acompanham os clientes 24 horas por dia, recolhem e registam os dados necessários para que os hospitais os avaliem e implementem ou ajustem os processos (5).

Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação constitui a etapa inicial da metodologia de projeto, sendo

pertinente que o mesmo se realize num período de tempo rápido, para possibilitar uma ação em tempo útil e devidamente aprofundado, de forma a permitir a implementação de medidas pertinentes e resolúveis (6).

Aquando enfermeiros no SU do “HAN”, e no decorrer do Estágio III que realizamos nesse serviço, diagnosticamos a necessidade de agilizar o processo de cuidados ao cliente séptico, pois só no ano 2010 no “HAN” houve 122 diagnósticos relacionados com a sépsis, (8 SIRS; 34 Sepsis; 80 sepsis severa) para doentes com idade superior a 18 anos, dos quais 53 faleceram (respectivamente 2; 12 e 39) com 24 dias de média de internamento. Destes dados, houve 19 diagnósticos de sépsis no SU, tendo falecido 16 clientes (7).

A prevenção, prioritária em saúde, aliada aos objetivos de segurança e de qualidade, é a melhor forma e a mais económica de evitar os problemas decorrentes das doenças infecciosas, nomeadamente a sépsis, em casos extremos a morte. Por outro lado, o PNS 2011-2016 apresenta como um dos indicadores de ganhos em Saúde, o número de dias de internamentos evitáveis por prevenção secundária (8).

Na medida que no SU do “HAN” a inexistência de um protocolo de cuidados ao doente com sépsis e a não uniformização dos cuidados a estes clientes era uma realidade consideramos ser pertinente desenvolver um PIS nesta área uma vez que a abordagem ao cliente com sépsis o mais precoce possível diminui as sequelas, pode aumentar a sobrevivência dos mesmos, proporcionar diminuição dos custos e ganhos em saúde.

A necessidade de implementar um protocolo de procedimentos para uma abordagem mais célere à problemática da sépsis no SU do “HAN”, surge após uma reunião de sensibilização sobre a VVS realizada em Évora e organizada pela ARS, que foi reforçada aquando duma reunião, enquanto enfermeiro Responsável pelo SU, com o Sr.º Enfº Diretor da Instituição referida.

Para fundamentarmos a nossa intervenção nesta área construímos uma FMEA que

consiste numa metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planejar ações para aumentar a confiabilidade) (9).

Como tal, constatou-se que as áreas a intervir por ordem de prioridade de risco que ultrapassam os 100 pontos como valor referencial eram as etapas: 1ª etapa - entrada principal do processo para a atribuição correta da prioridade na triagem de Manchester articulada com a triagem Via Verde Sépsis com um RPN 224, seguindo-se a 4ª etapa - formação e treino do pessoal de enfermagem com um RPN 400, a 5ª etapa - aquisição prioritária de uma máquina (análise rápida do lactato no sangue), com um valor de RPN 280. Em penúltimo a 7ª etapa solicitação atempada de hemo e uroculturas e na execução rápida da colheita com um RPN 192 e em último a 12ª etapa – administração de terapêutica adequada e na otimização da entrega tecidular de oxigénio com um RPN 256

Tendo presente as prioridades de intervenção e após brainstorming, com os enfermeiros, chefes de equipa de enfermagem do SU do “HAN” que, consideraram o tema do PIS que se pretendia desenvolver de grande importância, foi elaborada uma Análise de SWOT cujos pontos fortes apontados foram: a formação dos enfermeiros na área e a implementação do protocolo de atuação. E, como fraquezas, a fraca adesão dos enfermeiros ao projeto e o mesmo ser financeiramente elevado face à conjuntura sócio económica atual do país.

Como oportunidades identificamos ainda as necessidades e expectativas dos enfermeiros, que estão em consonância com o plano de ação do serviço e a DGS, o que julgámos ser uma oportunidade para um desempenho eficiente da equipa de enfermagem e uma gestão adequada a fim de se alcançarem os objetivos da mesma e do serviço.

Contudo, foi Considerada a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do CA, como ameaça.

Deste modo, consideramos como problemas parcelares a ausência na harmonização dos cuidados prestados aos clientes com sépsis admitidos no SU por inexistência de protocolo VVS e a falta de formação específica dos profissionais do serviço de urgência do “HAN” para uma abordagem sistematizada ao Cliente com sépsis. E como prioridades, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a Sepsis, a elaboração dos documentos necessários à implementação da VVS e a necessidade de formação dos profissionais do serviço de urgência do “HAN” para uma abordagem sistematizada ao Cliente com sépsis.

Após estabelecidos os problemas parcelares e as prioridades enunciámos como objetivo geral contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente/família com Sepsis admitido no SU do “HAN” e como objetivos específicos.

Elaborar documentos necessários à implementação da VVS

Formar/treinar a equipa sobre sépsis e via verde sépsis

Implementar a Via Verde Sepsis

Planeamento

Enunciados os objetivos, planeamos uma série de atividades, estabelecemos indicadores de avaliação e os recursos necessários, pois o planeamento consiste na seleção de estratégias que permitam a articulação entre os objetivos e os recursos e potencialidades do meio de intervenção, que consideramos pertinentes e exequíveis para a fase de implementação do projeto e, porque o planeamento possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando o trâmite adequado e reavaliar todo o processo a que o planeamento se destina. Sendo, portanto, o lado racional da ação. Trata-se de um processo de deliberação abstrato e explícito que escolhe e organiza ações, antecipando os resultados esperados (2).

No sentido de tornarmos os objetivos delineados exequíveis, elaboramos também um

cronograma na medida que o mesmo constituía uma estratégia organizativa, pois obriga à definição cronológica das atividades, relativamente a cada objetivo, impedindo a dispersão.

Assim as atividades planeadas para os objetivos delineados e os respetivos indicadores foram:

Objetivo 1 – Elaborar documentos necessários à implementação da VVS

Pesquisa bibliográfica que incidiu sobre a Sepsis; Via Verde Sepsis; *Guidelines* Sepsis e Protocolos de atuação;

Reunião com o Médico coordenador e com a equipa de enfermagem do SU para proceder à elaboração do protocolo sobre a Via Verde Sepsis e ECD necessários para agilizar o processo;

Elaboração de proposta de protocolo Via Verde Sepsis no SU;

Elaboração de tabelas de antibioterapia e de drogas vasopressoras da VVS para o SU;

Elaboração das folhas de triagem e registos da Sepsis;

Elaboração da *checklist* (Requisitos para despiste de Sepsis);

Apresentação dos documentos supramencionados ao Coordenador do serviço de Urgência, à Enfermeira Responsável pelo SU e à equipa de enfermagem para recolher sugestões;

Realização de alterações caso necessário;

Impressão de pósteres com o algoritmo VVS;

Pedido de autorização para implementação dos documentos elaborados.

Como indicadores de avaliação para este objetivo perspetivou-se todos os documentos realizados e o *poster* necessário à implementação da VVS.

Objetivo 2 - Formar os profissionais do SU sobre a VVSépsis

Realização de pesquisa bibliográfica sobre a Sepsis;

Realização do planeamento da formação;

Preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos);

Elaboração do plano da sessão;

Articulação com o Departamento de formação para candidatura ao QREN/POHP de formação externa creditada e direcionada aos Enfermeiros e Médicos do “HAN” que prestam funções no SU e para disponibilidade de sala para a formação, e, articulação com a Enf.^a responsável pela formação do serviço para realização das mesmas;

Divulgação da formação no placard da sala de enfermagem da urgência e via intranet – correio eletrónico de todos os elementos da equipa;

Realização da formação;

Avaliação da formação.

Como indicadores de avaliação para este objetivo perspetivou-se todos os Diapositivos elaborados; Plano da sessão efetuado; Formação realizada

Objetivo 3 – Implementar o Protocolo Via Verde Sépsis

Reunião com o Enf^o Diretor, com o Médico e Enf.^a Responsáveis pelo SU para discussão dos documentos necessários à implementação da VVS;

Realização de pedido de autorização;

Implementação da VVS;

Preenchimento da *checklist* (Requisitos para despiste de Sépsis);

Como indicadores de avaliação para este objetivo perspetivou-se a avaliação do desempenho/ desempenho do processo

Avaliação

Quando falamos em avaliar é obrigatório avaliar, não só o produto, mas também o caminho percorrido, sublinhando os seus aspetos positivos e não esquecendo os negativos.

Este projeto visava essencialmente dar resposta à Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO de

06/01/2010 da DGS. Um dos aspetos que a circular aponta é precisamente a formação dos profissionais, pelo que elaboramos um *dossier* temático onde foram colocados uma série de documentos nacionais sobre a temática desenvolvida no âmbito do PIS, normas da Surviving Sepsis Campaign e um conjunto de normas internas emanadas pela CCI do “HAN” relacionadas com as IACS.

Por outro lado planeamos a formação dos profissionais no âmbito dos cuidados ao cliente com sépsis. Assim fizemos o planeamento da formação, a preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos), a elaboração do plano da sessão interno mas que até à data não obtivemos resposta do Departamento de Formação/CA para dar início à realização da formação dos profissionais, situação esta que tem constituído um fator negativo para o desenvolvimento do Projeto, mas como forma de o ultrapassar realizamos formação informal junto dos colegas durante a prestação dos cuidados de enfermagem aos clientes.

Normas são leis que regulamentam determinada matéria. Quando não existe uma norma única para regulamentar um determinado procedimento, a hipótese de haver algum tipo de conflito por falta de uma padronização é praticamente uma certeza. Além da padronização de critérios, as normas são importantes como indicadores do padrão de qualidade (10). Assim, após as sugestões da Enfermeira Responsável do SU, da equipa de enfermagem do SU Departamento de Formação, CCI e a todos os Diretores e Enf^{as} Chefes dos Serviços de internamento; foi elaborado o Protocolo Via Verde Sépsis com colaboração do Médico Responsável pelo SU, no que concerne à validação da antibioterapia e dos ECDs protocolados e enviado ao CA para homologação de modo a agilizar o algoritmo da Via Verde Sépsis, que aguarda aprovação.

A elaboração de relatórios, com dados da Via Verde Sepsis, resultará do tratamento estatístico das folhas de triagem e registos da Sépsis, e permitem obter informação sobre os casos de sépsis do “HAN”, para que no futuro possamos responder a perguntas simples que

atualmente ficam sem resposta, nomeadamente: quantos casos de sépsis cuidados, qual a sua gravidade, quanto tempo demoramos a identificá-los e a iniciar tratamento, como tratamos, onde tratamos, qual o índice mortalidade. Para os tornar mais céleres era necessário desenvolver uma base de dados dos registos informatizados e dos parâmetros a avaliar para esse fim no SU do "HAN", pois o programa de registos *Alert* existente no SU não permitia essa possibilidade. Com base no benchmarking¹ do programa existente nos HUC foi solicitado ao serviço de Sistemas de Tecnologia de Informação (SSTI) a configuração de um programa informático - Base de Dados - onde fossem incluídos os registos pertinentes para a triagem e encaminhamento dos clientes com sépsis, que continuamos a aguardar o seu desenvolvimento.

Apesar de termos desenvolvido todos os documentos que visem a implementação da VVsépsis no SU do "HAN" e de só ser necessário adquirir uma máquina de medição rápida do lactato no sangue e respetivas fitas teste, todos os aspetos constrangedores se deveram essencialmente ao facto do CA da Instituição supracitada se encontrar em gestão corrente desde 01 de Janeiro de 2010 o que inviabilizou a nomeação de um administrador responsável pela implementação da VVS no "HAN".

Conclusão

As organizações de saúde necessitam de se direcionarem não só para a melhoria da qualidade, mas também, para a melhoria da responsabilidade social dos seus processos, na promoção da saúde. Para tal é necessário um olhar aprofundado para os processos de cuidados/serviços.

Aceite cientificamente que uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de reconhecimento da sépsis e de antibióterápia (evidência científica de nível1B), como de suporte hemodinâmico (evidência científica de nível 1C) pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sépsis grave e choque séptico (4), é imperativa a

implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada (evidência científica de nível 1B). Neste sentido, Apesar dos constrangimentos já mencionados pensamos que a implementação da VVS no SU como resultado deste projeto, na mudança efetuada ao processo de cuidados permitirá agilizá-lo e atingir a meta das seis horas como limite, desde a entrada do cliente no serviço até ao início do tratamento como preconizado nas *guidelines* internacionais (4).

Pelas especificidades características do sector da saúde, que decorram do modelo de gestão, do processo tecnológico utilizado e do tipo de profissionais existentes, considerámos que a prestação de cuidados vai de encontro à melhoria contínua da qualidade e satisfação do cliente, agilizando o processo, promovendo a saúde. Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados podem assim, Servir a comunidade e garantir qualidade (12).

¹ Benchmarking (11):

Um sistema pelo qual a avaliação dos cuidados de saúde se processa medindo o seu desempenho em relação aos modelos de "melhores práticas". Os melhores modelos de práticas podem reflectir práticas clínicas baseadas em evidências (isto é, práticas apoiadas por estudos de investigação atuais em populações semelhantes), e sistemas baseados no conhecimento.

Revela-se, contudo, necessário proceder com alguma cautela quando procuramos introduzir mudanças no sistema, uma vez que aqueles aspectos que funcionam bem não deverão ser afectados.

REFERÊNCIAS

- 1- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) - *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Copenhagen, [consulta: 3 Outubro 2012] URL: <http://www.who.org>
- 2- GUERRA, I. (1994) - *Introdução à Metodologia de Projecto* (doc. Int.), CET, Lisboa [consulta: 8 maio. 2011]. URL: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

- 3- CARNEIRO, A.H. (2011) - Sepsis – fisiopatologia e conceitos. *IN Manual do Curso de Sepsis e Infecção Grave para Médicos*, Porto. Reanima
- 4- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010) - *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS)* - Circular Normativa nº1/DQS/DQCO, 06/01/2010.
- 5- DELLINGER, R.P. et al (2008) - Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med*; 30: 536–555
- 6- FERRITO et al (2010) - Metodologia de Projecto, Colectânea descritiva de etapas. *Revista percursos* nº 15 Jan-mar [consulta: 3 Junho. 2012] URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- 7- “HOSPITAL ARTE NOVA”. *GDH Sepsis 2010 – estatística interna* - “HAN”, 2010.
- 8- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. *Eixo Estratégico - Cidadania Em Saúde* [consulta: 8 Set. 2012]: URL: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Cidadania_e_m_Sa%C3%BAde.pdf
- 9- PIRES, A. (1999) - *Inovação e desenvolvimento de novos produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- 10- CARTONI, D.M. (2011) – *Apostila: Metodologia de pesquisa científica*. Campinas. [consulta: 8 Set. 2012]: URL: <http://danicartoni.webnode.com/products/refer%C3%Aancia%20%232/>
- 11- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. *Eixo Estratégico - Cidadania Em Saúde* [consulta: 8 Set. 2012]: URL: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Cidadania_e_m_Sa%C3%BAde.pdf
- 12- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010) - *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica* (Hermínia Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Versão original em inglês, 2009)

APÊNDICE Nº 2 - Caracterização do “HAN” / SU

“HOSPITAL ARTE NOVA”

De forma a facilitar ou permitir uma visão da área de intervenção à qual se destina a aplicação e implementação do projeto mencionado e onde decorreu o estágio, apresentamos a instituição “Hospital Arte Nova” e o Serviço de Urgências

“Hospital Arte Nova”

A transformação em entidade pública empresarial permite uma gestão inovadora com carácter empresarial, orientada para a satisfação das necessidades dos utentes, sucede à unidade de saúde que lhe deu origem em todos os direitos e obrigações - Decreto-Lei n.º 303/2009 de 22 de Outubro

Visão:

Ser uma instituição sustentável que transmite credibilidade e fiabilidade na prestação de cuidados, promotora de saúde, e fator essencial ao desenvolvimento integrado da região onde está inserido.

Missão:

Prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população residente, à qual acresce a população de carácter sazonal ligada aos setores económicos do turismo, indústria e logística portuária instalados na zona, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, e promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais.

Serviço de Urgências

O Serviço de Urgências encontra-se situado no piso 0.

O acesso é ser feito pelas portas do próprio serviço (área de adultos e área pediátrica). Classificado como uma Urgência Médico-cirúrgica (Diário da República, Despacho n.º 5414/2008 de 28 de Fevereiro, do Gabinete do Ministro da Saúde) visa o atendimento de utentes em situações de urgência e emergência, vinte e quatro horas por dia.

Missão:

Prestar cuidados de saúde, diferenciados e de qualidade, na área das doenças súbitas médico-cirúrgicas e traumáticas, baseados num conhecimento atualizado de modo a garantir eficácia, segurança e satisfação para utentes e profissionais

Visão:

Ser um Serviço atrativo que transmita credibilidade, confiança e humanismo a quem nos procura. Promover a saúde, na prevenção, na orientação e proporcionar cuidados de saúde modernos e atualizados num contexto de gestão equilibrada dos recursos existentes

Caracterização do SU:

O Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova” caracteriza-se por ser um Serviço de Urgências Médico-cirúrgica (Diário da República, Despacho n.º 5414/2008 de 28 de Fevereiro, do Gabinete do Ministro da Saúde) que visa o atendimento de utentes em situações de urgência e emergência, vinte e quatro horas por dia, com necessidades de terapêutica imediata e/ou não imediata, sem a qual, a patologia ou evolução da mesma possa colocar em risco as suas vidas. Dá resposta a uma população estimada em 100.000 habitantes, residente na área da sua implantação, acrescida da população de carácter sazonal ligada aos setores económicos do turismo, indústria e logística portuária instalada na zona

.

O SU do “HAN” divide-se em três grandes áreas: área de ambulatório, área de internamento e de Pediatria

Uma sala de reanimação, destinada a receber utentes em situação crítica provenientes do exterior, trazidos pela VMER/INEM por indicação do CODU ou uma situação emergente que ocorra dentro do SU, com capacidade para dois doentes ventilados. Sempre que a sala de emergência é ocupada, é acionado um sinal sonoro audível dentro do SU de modo a chamar a equipa multidisciplinar, independente do protocolo de encaminhamento de utentes conforme a Triagem de Prioridades de Manchester.

Uma sala de triagem de Manchester, a qual é assegurada pela equipa de enfermagem durante as 24 horas, em conformidade com o Protocolo de Triagem de Manchester

Três salas de espera. Uma delas para os utentes que aguardam a triagem e ou acompanhantes, a

segunda delas para os clientes triados com a prioridade amarela e a terceira sala é destinada aos utentes triados com a prioridade verde e azul;

Uma sala para realização de eletrocardiogramas;

Cinco gabinetes para observação médica dos utentes, sendo dois deles destinados aos médicos de clínica geral, um deles para o médico de medicina, outro para o médico de cirurgia e o quinto para observação dos clientes acompanhados por forças policiais;

Uma sala aberta, na qual o enfermeiro efetua a primeira abordagem face ao utente, após a triagem, identifica necessidades e estabelece prioridades. É ainda necessário neste posto a observação e vigilância dos utentes, antes durante e após o tratamento.

Uma sala de tratamentos genérica na qual se praticam técnicas invasivas e não invasivas, na qual se pretende o respeito e privacidade pelo utente;

Uma sala de pequena cirurgia, na qual o enfermeiro é responsável por cuidados específicos a utentes do foro cirúrgico e apoio na pequena cirurgia em colaboração com a equipa multidisciplinar;

Uma sala de observação e tratamento de traumatologia, na qual o enfermeiro presta cuidados em colaboração com a restante equipa multidisciplinar;

A área do internamento é constituída por:

Uma sala de observação com a lotação para 14 utentes em maca a aguardar vaga para outros serviços do “HAN”, com possibilidade de monitorização hemodinâmica e aporte de Oxigénio, 7 das quais podem ainda comportar utentes com ventilação artificial mecânica.

A área da Pediatria é constituída por:

Uma sala de espera constituída exclusivamente para as crianças e seus acompanhantes

Um gabinete com 2 macas para 2 crianças em observação

Uma sala de tratamentos pediátrica na qual o enfermeiro também efetua a Triagem de Prioridades de Manchester

Um gabinete médico de Pediatria

Ainda como zonas de apoio para acondicionamento de material, de consumo clínico, produtos farmacêuticos, de resíduos e pertences do utente, apoio administrativo (a admissão) e a outra exclusiva como gabinete de informações.

RECURSOS HUMANOS

O Serviço de Urgência tem à sua responsabilidade a gestão de recursos humanos (Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos e Operacionais), de recursos materiais e de transporte dos utentes para outras Instituições de Saúde.

A equipa de Enfermagem é constituída por 34 Enfermeiros, tendo um deles a Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (atual responsável pelo Serviço), dois, a de Enfermagem Reabilitação, dois, a de Enfermagem Médico-cirúrgica e dois, a de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no entanto todos estão afetos à prestação de cuidados, exceto a enfermeira com funções de coordenação. São cinco equipas de enfermagem constituídas por 6/7 enfermeiros respetivamente nas quais existe sempre um chefe de equipa.

Existem 2 enfermeiros responsáveis pela auditoria da Triagem de Manchester, 2 responsáveis como elo de ligação à Comissão de Feridas, 2 como elo de ligação à Comissão da Dor, 1 como elo de ligação à Comissão de Controle de Infecção, 2 responsáveis pela Formação em Serviço.

A Equipa Médica é constituída por 14 médicos, 1 Chefe de Equipa, 2 de Clínica Geral, 2 de Medicina Interna, 2 de Cirurgia, 2 de Ortopedia, 1 Intensivista, 1 Anestesista, 1 Otorrinolaringologista, 1 Gastroenterologista e 1 Urologista, as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia estão em presença física na Urgência, as restantes estão disponíveis mediante contacto telefónico.

A equipa de Assistentes Operacionais é constituída por vinte elementos, (5 equipas de 4 elementos cada) que exercem funções de acordo com o seu conteúdo

MÉTODO DE TRABALHO

O método de trabalho, sendo um misto entre o método individual de trabalho, que de acordo com Pinheiro, (1994) baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir, e o de equipa, citando Kron e Gray, (1989) “com o objectivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações, num todo”, onde a assistência parafraseando Humphris (1988) é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder, preconizado no serviço é por posto de trabalho, em que cada enfermeiro é responsável por um posto de trabalho, no entanto como se trabalha por

equipa, persiste a entreajuda que motiva um bom espírito de equipa.

Os enfermeiros têm como missão prestarem assistência aos utentes e famílias que por situação de doença ou crise recorrem ao serviço de urgência.

REFERÊNCIAS

Diário da República, Decreto-Lei n.º 303/2009 de 22 de Outubro

Diário da República, Despacho n.º 5414/2008 de 28 de Fevereiro, do Gabinete do Ministro da Saúde

HUMPHRIS, D. (1988). *Trabalho em equipa: a eliminação de barreiras*. Nursing, 2 (14), Março, 14-15.

KRON, T. & GRAY, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança*. (6 ed.). Rio de Janeiro: Interlivros, 11-19.

PINHEIRO, M. F. R. (1994). *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe*. Servir, 42 (6) Nov. Dez, 319-331.

APÊNDICE Nº 3 – Diagnóstico da Situação

Definição do Problema

Estudante: Amaro Silva Pinto

Instituição: “Hospital Arte Nova”

Serviço: Urgência

Título do Projeto: Implementação da Via Verde Sepsis no Serviço de Urgência – Promover a Saúde agilizando o processo de cuidados

Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):

A Direção-Geral da Saúde (2010) (1), no uso das suas competências técnico-normativas, e através da tradução e adaptação das orientações existentes a nível nacional e internacional, validadas por um grupo de peritos, determina, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação, a nível nacional, da Via Verde da Sepsis (VVS).

Aceite cientificamente que uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibioterapia, como de suporte hemodinâmico pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sepsis grave e choque séptico, é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.

Acresce que a incidência da Sepsis (DGS, 2010: cit. in DOMBROVSKIY, 2006) (2) radica no envelhecimento da população, na maior longevidade de doentes crónicos, na crescente existência de imunossupressão por doença ou por iatrogenia e no maior recurso a técnicas invasivas.

A complexidade das funções desempenhadas, o *stress*, a imprevisibilidade e a elevada tecnologia que caracterizam uma unidade de cuidados de urgência são reconhecidos como fatores indutores de erros do sistema e humanos. A informação, uniformização e o conhecimento exato dos protocolos pela equipa de saúde, permitem reduzir eventos adversos.

A implementação de um protocolo terapêutico de Sepsis permite não só diminuir a mortalidade, mas, também, um meio potencial para a melhoria do prognóstico, utilização dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos, traduzindo-se em ganhos de qualidade em saúde e sobretudo da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Por ser uma área do nosso interesse a realização de um projeto com esta temática, consideramos importante harmonizar procedimentos de forma a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior segurança quer para os clientes quer para os enfermeiros

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

A situação problemática identificada, por sua vez, uma necessidade do serviço - Ausência de harmonização de cuidados cliente com Sepsis no serviço de urgência do “HAN”

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

A prevenção, prioritária em saúde, aliada aos objetivos de segurança e de qualidade, é a melhor forma e a mais económica de evitar os problemas decorrentes das doenças infecciosas, nomeadamente a sépsis, em casos extremos a morte. Por outro lado o PNS 2011-2016 apresenta como um dos indicadores de ganhos em saúde o número de dias de internamentos evitáveis por prevenção secundária (3). É nessa área que este projeto se insere, pois pretende ser uma mais-valia na prevenção de patologias associadas à sépsis, para além de proporcionar diminuição dos custos e ganhos em saúde.

A necessidade de implementar um protocolo de procedimentos para uma abordagem mais célere à problemática da sépsis no SU do “HAN”, surge após uma reunião de sensibilização sobre a VVS em Évora organizada pela ARS e reforçada essa necessidade numa reunião informal posterior com o Sr. Enfermeiro Diretor, enquanto Enfermeiro Responsável pelo SU

Para fundamentarmos a nossa intervenção nesta área construímos uma FMEA. É na 1ª fase do Projeto que se definem os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se prioridades, indicando-se as causas prováveis; selecionam-se recursos, os grupos intervenientes. No diagnóstico procede-se à recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa. É uma etapa que se traduz numa pesquisa – ação, pelo aprofundamento que pressupõe (4 e 5).

A FMEA é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planejar ações para aumentar a confiabilidade (6). É um documento passível de ser alterado sempre que ocorram alterações no processo de forma a permitir a inclusão de falhas não previstas até então. Uma sequência lógica e sistemática para analisar os riscos permite (7):

- Identificar modo de falhas conhecidos e potenciais, para cada etapa;
- Determinar o efeito potencial de cada modo de falha;
- Ranking da gravidade dos efeitos do modo de falha;
- Ranking da probabilidade e detectabilidade de cada modo de falha;
- Identificar as áreas de maior preocupação (modos de falha críticos);
- Avaliar o potencial de risco de cada modo de falha e definir medidas para redução do risco de falha

A deteção das falhas que podem ocorrer com mais intensidade e a gravidade que essas falhas implicam no processo e “ uma vez calculado o RPN para cada modo de falha, a ação corretiva deverá dirigir-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto RPN e a elementos críticos” (6).

Da análise da FMEA, constatou-se que as áreas a intervir por ordem de prioridade de risco que ultrapassam os 100 pontos como valor referencial eram as etapas:

1ª Etapa (224 pontos) - entrada principal do processo para a atribuição correta da prioridade na triagem de Manchester articulada com a triagem Via Verde Sepsis

4ª Etapa (400 pontos) - formação e treino do pessoal de enfermagem

5ª Etapa (280 pontos) - aquisição prioritária de uma máquina (análise rápida do lactato no sangue)

7ª Etapa (192 pontos) – solicitação atempada de hemo e uroculturas e na execução rápida da colheita

12ª Etapa (256 pontos) – administração de terapêutica adequada e na otimização da entrega tecidular de oxigénio

Tendo presente as prioridades de intervenção e após uma reunião de brainstorming, com os enfermeiros chefes de equipa e 2ºs elementos foi efetuada uma Análise de SWOT que pretende melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com sépsis no SU e cujos pontos fortes serão conseguidos com a formação dos enfermeiros na área e com a implementação do protocolo de atuação. As fraquezas estão relacionadas com a fraca adesão dos enfermeiros e o mesmo ser financeiramente elevado face à conjuntura sócio económica atual do país.

Como oportunidades identificamos as necessidades e expetativas dos enfermeiros, está consonante com o plano de ação do serviço e a DGS, o que promoverá um desempenho eficiente da equipa de enfermagem e uma gestão adequada, para alcançar os objetivos da equipa e do serviço. Considerada a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do CA, como ameaça.

É necessário que todos os profissionais de saúde envolvidos, rescaldados na compreensão das relações humanas, munidos dos seus instrumentos de trabalho (Protocolos, Normas de Procedimento e sobretudo da relação de ajuda), tenham consciência do que podem fazer para obter ganhos em saúde, o mesmo quer dizer, qualidade de vida nos seus clientes. “Não é possível fazer sobreviver uma organização, se não se satisfizer as necessidades dos seus doentes e profissionais. Logo uma cultura organizacional de qualidade permite um ambiente de integração e participação dos seus profissionais, para uma oferta de serviços de qualidade” (8).

À semelhança com a VVAvc e a VVCoronária, com organização metodológica dos cuidados e ganhos em saúde apercebidos é imperiosa, a implementação do Algoritmo da VVS que possibilita à Instituição cumprir o disposto pela DGS no que concerne ao procedimentos desejáveis a adotar nesta área, reduzir os custos associados, incrementar a qualidade e promover a Enfermagem tornando-o uma mais-valia.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Os problemas parcelares advêm da decomposição do problema geral, apresentados sob a forma de questões que indiciam a procura de soluções para o problema definido:

- Necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a Sépsis;
- Necessidade de envolver a equipa no projeto;
- Ausência na harmonização dos cuidados prestados ao Doente com Sépsis no SU
- Necessidade de formação dos profissionais do serviço de urgência do “HAN” para uma abordagem sistematizada ao Cliente com Sépsis.

Determinação de prioridades

Porque a necessidade de definir prioridades surge pela impossibilidade de satisfazer todas as necessidades simultaneamente, sendo imperativo definir as mais carenciadas. Estas decorrem da dimensão do problema, da vulnerabilidade dos utentes e da importância para a prática dos cuidados de Enfermagem.

Resposta da organização face à necessidade, de:

1. Sensibilizar o CA e a equipa de saúde do SU do “HAN”, para a importância de implementar a VVS ou seja fazê-los entender a VVS como uma estratégia organizada para uma abordagem,

encaminhamento e tratamento adequado, planeado e célere de situações clínicas frequentes mais ou menos graves pela importância que tem na saúde das populações.

2. Formar os profissionais e assegurar a preparação e resiliência necessárias para intervir nas situações de sepsis

3. Implementar a VVS no SU do “HAN”, porque melhora a acessibilidade aos cuidados, na medida que permite prestar cuidados em tempo útil entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento mais eficaz nas situações clínicas responsáveis por grande morbilidade e mortalidade.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

A implementação de um protocolo VVS no SU do “HAN” tem como objetivo geral:

-Promover a saúde agilizando o processo de cuidados ao cliente com sepsis no serviço de urgência do hospital.

Objetivos Específicos:

Foram traçados vários objetivos específicos, exequíveis no espaço temporal existente, concretizáveis através de ações:

- Elaborar documentos necessários à implementação da VVS
- Formar/treinar a equipa sobre sepsis e via verde sepsis
- Implementar a via verde sepsis

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

1- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010) - *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS)* Circular Normativa nº1/DQS/DQCO, 06/01/2010. [consulta: 8 Jan. 2011]: URL:<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

2- DOMBROVSKIY V et al. (2006) - Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: A trend analysis from 1993 to 2003. *Crit Care Med*; 35: 1244-50

3- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) - Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Eixo Estratégico - Cidadania Em Saúde* [consulta: 31 Jan. 2011]: URL: <http://pns.dgs.pt>

4- FERRITO et al (2010): Metodologia de Projecto Colectânea descritiva de etapas. *Revista percursos* nº 15 Jan-mar [consulta: 3 Fev. 2011] URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

5- GUERRA, I. (1994), *Introdução à Metodologia de Projecto* (doc. Int.), CET, Lisboa [consulta: 8 Fev. 2011]. URL: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

6 - PIRES, A. (1999). *Inovação e desenvolvimento de novos produtos*. Lisboa: Edições Silabo,

Lda.

7- CHIOSA, M.L, PONZETTI, C.F, (2009) - *A model for reducing medical errors*. Clínica.

8- MEZOMO, J. (2001) - *Gestão da qualidade na saúde, Princípios básicos*. Brasil. Copyright.

Data: 14/03/2011

Assinatura: Amaro Silva Pinto

APÊNDICE Nº 4 – Análise FMEA



ANÁLISE FMEA

Via Verde Sepsis no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova”

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Amaro Pinto

2011

Setúbal

SIGLAS

CSH – Cuidados de saúde Hospitalares

D - Detecção

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Eletrocardiograma

FMEA – Analise do Tipo e Efeito de Falha (Failure Mode and Effects Analysis)

G - Gravidade

GCS – Escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale)

“HAN” – “Hospital Arte Nova” - Nome fictício da instituição onde decorreu o estágio

Kg - Quilogramas

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Med. Int. – Medicina Interna

O – Ocorrência

RPN – Coeficiente de Prioridade de Risco

SU – Serviço de urgência

INDICE

	Pág.
O - INTRODUÇÃO	5
1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	6
1.1 – RECURSOS MATERIAIS	7
1.2 – RECURSOS HUMANOS	7
1.3 – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	8
1.4 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	8
2 – APLICAÇÃO DO FAILURE MODE & EFFECTS ANALYSIS (FMEA)	14
2.1 – METODOLOGIA	15
2.1.1 - Análise de falhas em potencial	15
2.1.2 – Avaliação dos riscos	16
2.1.3 – Melhoria	16
2.1.4 – Continuidade	16
2.1.5 – Análise do Quadro FMEA	21
3 – CONCLUSÕES	24
BIBLIOGRAFIA	25
REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	25

INDÍCE DE TABELAS

	Pág.
Quadro 1 – Gravidade	17
Quadro 2 – Ocorrência	17
Quadro 3 – Detecção	18
Quadro 4 – FMEA	19

O – INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, na Unidade Curricular Ambientes em Saúde, foi-nos proposto *analisar um problema do serviço aplicando o FMEA* (Failure Mode and Effect Analysis).

Optámos por realizar um trabalho de análise sequencial dos passos seguidos pelo cliente com provável suspeita sépsis, no serviço de urgência do “HAN” até ao diagnóstico efetivo e de pesquisa bibliográfica, tendo em conta as melhores práticas, procurando através da FMEA demonstrar e fundamentar as mesmas e melhorar o processo de prestação de cuidados a este tipo de clientes.

Este trabalho divide-se em quatro partes:

- Primeira caracteriza a vivência atual do serviço;
- Segunda analisa o diagnóstico de situação do problema a estudar;
- Terceira aplica-se o quadro FMEA;
- Quarta as conclusões que merecem maior intervenção.

1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O “Hospital Arte Nova” definiu a sua **Visão** e **Missão**

• **VISÃO:**

- Ser uma instituição sustentável que transmite credibilidade e fiabilidade na prestação de cuidados, promotora de saúde, e fator essencial ao desenvolvimento integrado da região.

• **MISSÃO:**

- Prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população residente, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, e promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais.”

Neste contexto o “HAN” preconizou os seguintes **OBJETIVOS:**

- Desenvolver a prestação de cuidados de saúde no estrito respeito pelos princípios de eficiência, qualidade técnica e eficácia, qualidade de relacionamento e oportunidade e pelo equilíbrio financeiro;
- Promover uma gestão racional dos recursos humanos e técnicos, rentabilizando a capacidade instalada, apoiando as iniciativas inovadoras e privilegiando a complementaridade institucional;
- Cumprir os objetivos quantificados e assumidos através de contratos programa e de planos de ação, submetendo-os a avaliação interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas pelos acionistas e o sucesso do hospital enquanto empresa;
- Desenvolver o sistema de informação como instrumento de apoio à gestão e como meio de comunicação interno e externo; Possibilitar a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde;
- Desenvolver parcerias com entidades prestadoras de cuidados de saúde.

No desenvolvimento da sua atividade, o Hospital e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- Satisfação dos utentes internos e externos;
- Atitude centrada no utente, facilitando o acesso e a equidade na prestação dos cuidados de saúde;
- Bom relacionamento interprofissional e com os utentes;
- Aperfeiçoamento contínuo e investigação;
- Conservação do património e proteção do meio ambiente.

1.1- RECURSOS MATERIAIS

Materiais e equipamentos necessários e disponíveis para o normal funcionamento de um serviço público de saúde; incluindo os consumíveis.

1.2 – RECURSOS HUMANOS

No serviço de Urgência trabalha uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, pessoal administrativo e auxiliar de limpeza, este último em regime de subcontratação, além do pessoal afeto ao LAC e à imagiologia como partes do processo efetivo. Os serviços de farmácia, nutrição e dietética e social também dão o seu apoio sempre que considerado necessário e é solicitado.

A família é entendida como elemento importante, nomeadamente, no que se refere ao seu papel insubstituível de cuidador natural e como transmissor de segurança. É por isso incentivada a presença de um acompanhante/pessoa significativa. Este é orientado para a colaboração na prestação de cuidados, sobretudo se o familiar internado necessita de apoio no autocuidado. Sendo assim, a família tem um espaço alargado de visita, com início às 11 horas prolongando-se até às 20 horas. O acolhimento e a preparação para a alta são dois aspetos igualmente importantes dos cuidados para a equipa de enfermagem.

1.3 – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

São disponibilizados no “HAN”:

Resultados laboratoriais

Imagiologia

ECG

1.4 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

É na fase adulta que o indivíduo, através da família, do trabalho e da sua relação com a sociedade, demonstra maior capacidade para afirmar e exercer a sua cidadania. Várias alterações, decorrentes da evolução da sociedade, surgiram, lançando o enorme desafio de se viver mais tempo sem incapacidades. Outros constrangimentos, também eles decorrentes da evolução da sociedade, como o *stress*, a violência, a poluição, a emergência de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/attitudes, o aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e do número de doentes portadores destas doenças, tendem a contrariar o elevado potencial de saúde da idade adulta. Estas levantam questões específicas, nomeadamente, em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças aguda ou crónicas autocontroláveis.

As causas externas permanecem a principal causa da mortalidade observada nos adultos do sexo masculino, no grupo etário dos 25 aos 44 anos, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, ambas refletindo uma tendência para diminuir. De notar que nas doenças infecciosas e parasitárias se inclui a mortalidade por SIDA, que, em 2001, representava 85,5% da mortalidade observada por esta causa. Para o grupo etário dos 45-64 anos, a mortalidade entre os homens é também superior à verificada para as mulheres, apresentando uma tendência decrescente. (Portugal. MS. DGS, 2004).

A gestão da doença seja ela infecciosa ou crónico-degenerativa, é uma das áreas de maior atividade no sector da saúde. Através da identificação de prioridades, do desenvolvimento de normas, tenta-se criar um contexto em que se torne possível a gestão mais racional da doença por todos os envolvidos: clientes, administradores, gestores, médicos, enfermeiros ou outros profissionais, como os de reabilitação.

Um estudo de prevalência efetuado em 1993 indica que 9,3% dos doentes internados manifestavam uma infeção nosocomial (adquirida no hospital) - (Pina, 1994).

Estudos mais recentes apontam para taxas elevadas em unidades de cuidados intensivos, serviços de hematologia clínica, entre outros, com incidência significativa de microrganismos multirresistentes, nomeadamente, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro alargado.

Reforçar as intervenções de controlo das Infeções associadas aos cuidados de saúde melhorando o conhecimento da situação epidemiológica, através de uma participação mais alargada dos hospitais na rede de registo criada e atualmente em funcionamento e do desenvolvimento do Programa Nacional de Controlo de Infeção.

Promover-se-á a formação de um modo mais intensivo, tanto para a gestão e implementação de protocolos institucionais e na divulgação das boas práticas.

Articular atividades de controlo de infeção, nos programas de saúde ocupacional, de gestão de risco e da melhoria de qualidade das instituições de saúde.

É sobejamente reconhecido que os Hospitais enfrentam hoje particulares e complexos desafios. O impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades para intervenção médica com novos conhecimentos e tecnologia, a mobilidade dos recursos humanos, os novos mecanismos de financiamento e as expetativas públicas e políticas têm implicações relevantes no modo como os CSH são prestados, já que novos tipos de cuidados requerem edifícios com novas configurações, profissionais com diferentes competências e novas formas de gestão (Mckee e Healy, 2002b; Rechel et al., 2009b in PNS 2011-2016).

Vários são as áreas problemáticas de cuidados que carecem de uma intervenção no serviço de urgência, na perspetiva de melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados. Apesar disso, debruçar-nos-emos sobre a temática dos **clientes acometidos de provável sépsis nas primeiras seis horas, no Serviço de urgência**.

O Programa Nacional de Prevenção da Infeção VIH/SIDA e outras doenças de transmissão sexual, O Programa Nacional de Prevenção de resistência antimicrobianos e O Programa Nacional de Prevenção das Infeções Nosocomiais, obrigaram a uma abordagem nacional abrangente e integrada que potencie na população portuguesa, tendo em consideração as especificidades ligadas ao género, a redução dos riscos de contrair estas doenças e a concretização do seu adequado tratamento (PNCI 2007).

A abrangência, além das populações - alvo foi também dirigida aos profissionais de saúde, através dos serviços de prestação de cuidados de saúde, para que possam contribuir para a obtenção de ganhos em saúde. Em especial, para prevenção e redução global das infeções nosocomiais, dando ênfase a uma melhor organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação à abordagem às suspeitas de sepsis.

A implementação de estratégias de intervenção, de estratégias de melhoria de qualidade no processo de cuidados e de estratégias de melhoria dos sistemas de informação, desenvolvem-se num quadro de melhoria contínua de qualidade. Compreende as ações de natureza organizativa e de prática profissional que visam a melhoria de todo o processo de identificação do diagnóstico, tratamento, recuperação até ao seu completo restabelecimento, permitam o acompanhamento, monitorização e avaliação do processo clínico como a melhoria dos resultados obtidos, quantificados em termos de ganhos de saúde.

Em Portugal, particular importância, uma vez que a doença infecciosa está entre as causas de incapacidade e morte.

Dados portugueses indicam que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a Sepsis adquirida na comunidade. Estes casos originam uma mortalidade hospitalar global de 38%, ou seja quase três vezes superior à mortalidade dos casos de AVC internados no ano de 2007. A mortalidade das formas mais graves de Sepsis, nomeadamente do choque séptico, atinge 51%. (DGS, 2010)

Dados recentes, vindos da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA), indicam que a Sepsis representa um grave problema de saúde pública, comparável ao acidente vascular cerebral (AVC) e ao enfarte agudo do miocárdio (EAM). Nos EUA, a incidência de AVC e de EAM estão estimadas em, respectivamente, 780 000 e 920 000 casos anuais (DOMBROVSKIY V et al., 2006). A incidência de sepsis estima-se em 751 000 casos/ano, com custos anuais associados a ascenderem a 16,7 mil milhões de dólares (SSC, 2008)

Acresce que a incidência da doença cardiovascular está a diminuir, ao passo que a da Sepsis aumenta pelo menos 1,5% ao ano. Este aumento de incidência radica no envelhecimento da população, na maior longevidade de doentes crónicos, na crescente existência de imunossupressão por doença ou por iatrogenia e no maior recurso a técnicas invasivas. A gravidade dos casos de Sepsis parece estar também a aumentar, sendo maior o número de doentes com falência orgânica associada à Sepsis (Sepsis grave). O aumento de incidência determinou aumento do número de mortos por Sepsis nos últimos anos, sendo também comparável à mortalidade por AVC e por EAM.

(DGS, 2010). São ainda as patologias principais causadoras de morbilidade, invalidez, incapacidade prolongada e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.

Tendo como base este problema de saúde pública surge a necessidade de uma abordagem que minore esta problemática através de uma atuação planeada e organizada ao longo de todo sistema de saúde, surge assim, como para o AVC e o EAM existe para a Sepsis um conjunto de atitudes que, se realizados numa fase precoce da doença, reduzem a morbi-mortalidade. Estas atitudes incluem a identificação e estratificação rápidas de doentes, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objetivos.

Sabemos hoje, por exemplo, que por cada hora que demoremos a administrar antibioterapia apropriada, há uma redução de 7,6% na sobrevivência (SSC, 2008; DGS, 2010), que visa evitar estas doenças mas também reduzir as incapacidades por elas causadas ao longo da vida.

Contudo, verificou-se que devido ao aumento de conhecimento fisiopatológico e ao aparecimento de novas terapêuticas para a doença infecciosa, que alteraram a abordagem ao cliente com sepsis, era necessário redefinir os objetivos, ultrapassando a preocupação em prolongar a vida, ou seja, promover a saúde, mas também melhorando a qualidade de vida.

Visando proporcionar a toda a população um aumento da acessibilidade durante a fase aguda da sepsis a cuidados médicos mais adequados, de diagnóstico e tratamento, conduzindo a ganhos em saúde traduzidos pela redução da morbilidade e da mortalidade hospitalar e global, foram implementadas Vias Verdes essenciais para melhorar essa acessibilidade e permitir os tratamentos mais eficazes. O fator tempo, entre o início dos sintomas e o diagnóstico/ tratamento é crucial para a redução da mortalidade.

Sendo assim é objetivo principal da Via Verde Sepsis, o diagnóstico correto e o tratamento adequado dentro da janela terapêutica confirmadamente mais eficaz. “Os objectivos preconizados devem ser atingidos nas primeiras 6 horas após a apresentação, o que implica que os doentes em centros de nível 1, após as medidas iniciais (ie – colheita de exames microbiológicos, primeira administração de antibiótico e início de fluidos - ver algoritmo - passo 3a), sejam rapidamente transferidos ” (DGS, 2010: pág. 5)

Cabe às Vias Verdes promover: o envolvimento da população e dos profissionais de saúde; o reconhecimento precoce de sinais de alarme; o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda; a sistematização das primeiras atitudes de socorro; a definição de encaminhamento para a instituição mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo; a definição das

diversas responsabilidades técnicas, dos vários procedimentos clínicos, de sistemas de informatização e indicadores de avaliação e monitorização, e a integração do trabalho e dos objetivos nas fases pré, intra e inter - hospitalares.

Segundo o Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (DGS, 2007, pág. 8), via verde define-se “como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter - hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.” Tal como para as Vias Verdes do AVC e do EAM, poderá ser solicitada a colaboração do INEM para as transferências inter-hospitalares, no âmbito da Via Verde da Sépsis (despacho nº 5414/2008, DR nº42, 2ª Série, de 28 de Fevereiro; e “Documento Orientador sobre as Vias Verdes do EAM e do AVC”, da Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares – www.acs.min-saude.pt)

Via verde intra-hospitalar consiste no sistema que facilita o acesso à terapêutica aceite cientificamente como uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibioterapia como de suporte hemodinâmico. Pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sépsis grave e choque séptico, é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.

O internamento precoce destes clientes em unidades especializadas (UCI) reduz a morbilidade e a mortalidade a curto e a longo prazo e também os custos associados ao tratamento. A implementação de um protocolo terapêutico de Sépsis permite não só diminuir a mortalidade, mas, também, uma redução substancial dos custos para as instituições. Uma implementação alargada destes protocolos terapêuticos representa um meio potencial para a melhoria da utilização dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos.

Contudo, o único estudo multicêntrico português (1) realizado revela também que é grande a margem de melhoria na resposta que os serviços de urgência nacionais dão aos casos de Sépsis grave e choque séptico, nomeadamente no que diz respeito à realização e ao timing de doseamento de lactato sérico e ao timing de administração de antibioterapia.

(1). Póvoa PR et al. (2009) - Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community -Acquired Sepsis Study (SACiUCI study). *Crit Care Med*; 37: 410-6

Delimitamos a via verde sépsis só à fase aguda e à possibilidade dos clientes com sépsis poderem receber o tratamento adequado depende do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a eventual administração de terapêutica (antibiótico) ainda no Serviço de Urgência. Atualmente, aplicando o algoritmo da VVS nos casos que se enquadram nos critérios estabelecidos e nos cuidados específicos, todos os clientes podem, ser tratados em tempo útil, verem reduzida a sua mortalidade e morbidade, conseguido uma apropriada recuperação do seu estado de saúde.

“A responsabilidade da criação de circuitos hospitalares internos que possibilitem o tratamento de reperfusão no mais curto espaço de tempo, pertencerá a cada hospital.” (Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio EAM e do Acidente Vascular Cerebral AVC, 2007, pág. 9)

Verifica-se, na maioria das vezes, um incumprimento do processo de cuidados, em especial, das orientações técnicas sobre o diagnóstico e tratamento na fase precoce de sépsis, pela flutuação clínica ou desconhecimento dos circuitos. É fundamental que uma via verde decorra o mais célere e corretamente possível pois, cada minuto que passa são células que se perdem e órgãos que entram em falência e com elas, capacidades que diminuem a qualidade de vida dos nossos clientes. “A redução do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento constitui um objetivo prioritário (...) onde a janela terapêutica se situa nas seis primeiras horas após o início dos sintomas” (Op. Cit., pág. 8).

Partindo da elaboração deste diagnóstico atual, no Serviço de Urgência do “HAN”, da situação inexistente referente à Via verde Sépsis, decidiu-se analisar todo o seu processo de cuidados, como o impacto por si causado, no cliente, em termos dos desvios dos ganhos de saúde, aplicando a Metodologia de Análise do Tipo e Efeito de falhas (FMEA).

2 – APLICAÇÃO DA FAILURE MODE & EFFECTS ANALYSIS (FMEA)

A metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falha, conhecida como FMEA (do inglês Failure Mode and Effect Analysis), é uma ferramenta que procura evitar, por meio da análise das falhas potenciais e propostas de ações de melhoria, que ocorram falhas no processo de cuidados. Pode dizer-se que a sua utilização, diminui as hipóteses do processo falhar durante o seu percurso, procurando aumentar a confiabilidade da prestação do serviço sempre que aquele decorra. Segundo Pires, (1999, pág. 47) “ a Análise FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) é uma metodologia que objetiva avaliar e minimizar riscos por meio da análise das possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha) e implantação de ações para aumentar a confiabilidade”.

Esta dimensão da qualidade, a confiabilidade, torna-se cada vez mais importante para os consumidores, pois, a falha de uma engrenagem no processo causa consequências drásticas para o consumidor, tal como equipamentos hospitalares nos quais o mal ou mau funcionamento pode significar até mesmo o risco de vida.

A metodologia FMEA, pela sua grande utilidade, passou a ser aplicada de diversas maneiras. Ela é utilizada para diminuir as falhas de produtos e processos existentes e para diminuir a probabilidade de falha em processos administrativos e de prestação de cuidados.

O objetivo desta análise é evitar falhas do processo, tendo por base as não conformidades do processo com as especificações do plano ou *guidelines* e diminuir os riscos de falha, para:

- Diminuir a probabilidade de falhas potenciais (ou seja, que ainda não tenham ocorrido) em processos já em operação;
- Aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram

2.1 – METODOLOGIA

A análise consistiu basicamente na identificação do processo em questão, as suas funções, os tipos de falhas que podem ocorrer, os efeitos e as possíveis causas desta falha. Em seguida

foram avaliados os riscos de cada causa de falha por meio de índices e, com base nesta avaliação, são tomadas as ações necessárias para diminuir estes riscos, aumentando a confiabilidade do processo.

O Quadro 4 ilustra o funcionamento da análise FMEA. A análise FMEA muito mais do que apenas preencher um mapa, o seu verdadeiro valor foi a discussão e reflexão sobre as falhas potenciais do processo e as ações de melhoria propostas. Relacionando todos os tipos de falhas que possam ocorrer, descrever, para cada tipo de falha as suas possíveis causas e efeitos, relacionar as medidas de detecção e prevenção de falhas que serão tomadas, e, para cada causa de falha, atribuir índices para avaliar os riscos e, por meio destes riscos, discutir medidas de melhoria.

A metodologia FMEA é importante porque, como refere Pires (1999, pág. 400) *“Pode proporcionar ações de melhoria do processo, baseado em dados e devidamente monitorizados (melhoria contínua), diminuição de custos por meio da prevenção de ocorrência de falhas; o benefício de incorporar dentro da organização a atitude de prevenção de falhas, a atitude de cooperação e trabalho em equipa e a preocupação com a satisfação dos clientes”*.

2.1.1. Análise de Falhas em Potencial

Esta fase consistiu na discussão e preenchimento do mapa FMEA, definindo:

- função(ões) e característica(s) do processo (coluna 1 do Quadro 4);
- tipo(s) de falha(s) potencial(is) para cada função (coluna 2);
- efeito(s) do tipo de falha (coluna 3);
- causa(s) possível(eis) da falha (coluna 4);
- controlos atuais (coluna 5);

2.1.2. Avaliação dos Riscos

Nesta fase foram definidos os índices de G (Gravidade), O (Ocorrência) e D (Detecção) para cada causa de falha, de acordo com critérios previamente definidos (quadros 1;2 e 3). Calculados os (Coeficientes de Prioridade de Risco) RPN, por meio da multiplicação dos outros três índices.

2.1.3 Melhoria

Utilizando os conhecimentos, criatividade e até mesmo outras técnicas como *brainstorming*, todas as ações que podem ser realizadas para diminuir os riscos foram descritas. Estas medidas podem ser:

- de prevenção total ao tipo de falha;
- de prevenção total de uma causa de falha;
- que dificultam a ocorrência de falhas;
- que limitem o efeito do tipo de falha;
- que aumentam a probabilidade de detecção do tipo ou da causa de falha;

Estas medidas são analisadas quanto à sua viabilidade, sendo então definidas as que serão implantadas. Uma forma de se fazer o controlo do resultado destas medidas é pelo próprio formulário FMEA por meio de colunas onde ficam registadas as medidas recomendadas, nome do responsável e prazo, medidas que foram realmente tomadas e a nova avaliação dos riscos.

2.1.4 Continuidade

O Quadro FMEA é um documento “vivo”, ou seja, uma vez realizada a análise do processo, esta deve ser revista sempre que ocorrerem alterações neste processo específico ou as que realmente acontecem no dia-a-dia do processo, de forma a permitir a incorporação de falhas não previstas, bem como a reavaliação, com base em dados objetivos, das falhas já previstas.

Quadro 1 – Gravidade

Índice	Gravidade	Critério
1 2	Mínima	O profissional de saúde mal percebe que a falha ocorreu
3 4	Pequena	Ligeira deterioração no desempenho com leve descontentamento na equipa;
5 6	Moderada	Deterioração significativa no desempenho de um procedimento com descontentamento da equipa
7 8	Alta	Sistema deixa de funcionar e grande descontentamento equipa, utente sem recuperação
9 10	Muito Alta	Idem ao anterior porém afeta a segurança

Quadro 2 – Ocorrência

Índice	Ocorrência	Proporção
1	Remota	1:1.000.000
2 3	Pequena	1:20.000 1:4.000
4 5 6	Moderada	1:1.000 1:400 1:80
7 8	Alta	1:40 1:20
9 10	Muito Alta	1:8 1:2

Quadro 3 – Detecção

Índice	Detecção	Critério
1 2	Muito grande	Certamente será detetado
3 4	Grande	Grande probabilidade de ser detetado
5 6	Moderada	Provavelmente será detetado
7 8	Pequena	Provavelmente não será detetado
9 10	Muito Pequena	Certamente não será detetado

Quadro 4 – FMEA

Etapas		Incidentes	G	O	Efeito	D	Causas	RPN	Ação a desenvolver
1	Triagem	Incorreta atribuição de prioridades	8	7	Aumento das complicações por sepsis	4	Ausência de protocolo de triagem específica	224	Protocolo de triagem de Manchester + algoritmo VVS + máquina de detecção rápida de lactato sanguíneo:
2		Protocolo encaminhamento clínico geral/medicina interna	8	9	Medicina interna assume cliente tardiamente	1	Protocolo não faz distinção na cor laranja do fluxograma para via verde sepsis	72	Alterar protocolo Incluir critérios de inclusão VVS
3	Encaminhamento	Diminuição no timing de ouro – antibioterapia até 6 horas após triagem	8	8	Aumento das complicações por sepsis	2	Devido a má referenciação dos clientes estes não vão para a sala de emergência	128	Encaminhamento para sala de emergência Resp. Med interna
4	Avaliação clínica	Risco do agravamento da patologia no cliente devido a desconhecimento de critérios de inclusão/exclusão VVS	10	8	Não despiste de complicações	5	Protocolo pouco acessível	400	Formação dos pares Poster na triagem com critérios de inclusão/exclusão para ativação da VVS Existência do algoritmo VVS num poster na sala de reanimação
5	Determinar índice de lactato sérico na SE e após 6 horas de permanência no SU	Não é avaliado	4	10	Não é quantificada a melhoria do cliente após o tratamento	7	Desconhecimento da avaliação por parte dos enfermeiros	280	Aquisição de “lactómetro” e apósitos específicos
6	MCDT	Ausência de resultados analíticos em tempo útil	6	7	Atraso no diagnóstico e administração terapêutica	3	Devido a deficiente referenciação o laboratório desconhece atribuição	126	Rever ou elaborar protocolo com o Laboratório

	(Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica)	(Hemo. Bioq. Coag. Gasimetria)			(antibiótico + fluidoterapia)		da via verde pelo que não dá resposta atempada		
7	MCDT	Ausência sistemática de pedido de hemoculturas/uroculturas	6	8	Atraso no diagnóstico e administração terapêutica (antibiótico + fluidoterapia) indicada	4	A deficiente referenciação ao laboratório não há resposta atempada	192	Instituir Protocolo de colheita de espécimes para culturas
8		Na chegada à imagiologia está não esta disponível e técnicos não sabiam da ativação da via verde	8	7	Demora na realização de imagem	2	Serviço de imagiologia desconhece que existe um cliente na via verde sepsis	112	Celebrar protocolo com o Serviço de imagiologia Alocação ao SU a tempo inteiro um técnico de cardio -pneumologia
9		Atraso no relatório de imagem	8	7	Protela-se tratamento até presença de relatório disponível on-line	2	Relatório por telemedicina não tem conhecimento do cliente na via verde sepsis	112	
10		Ausência de ECG	3	8	Atraso abordagem terapêutica	3	Não existência de técnico no serviço de forma permanente	72	
11	Acessos venosos	Uma só via endovenosa	9	9	Não é possível efetuar tratamento sem 2 acessos venosos pelo menos	1	Rapidez requerida para ir para ECD; Stress; Pressões externas; Desconhecimento de protocolo	81	Aquando da chegada do cliente são puncionados de imediato dois acessos no mesmo membro
12	Antibioterapia/fluidoterapia atrasada (fora do tempo de ouro)	Subdosagem ou atraso na recuperação promovida pela terapia	8	8	Surgirem complicação por falência multiorgânica Terapêutica não surtir efeito	4	Macas não possuem dispositivo que disponibilize peso Rácio do pessoal de enfermagem diminuído	256	Colocar na sala de reanimação fórmula de cálculo do peso de doente aproximado sem recorrer a medida de kg (quilogramas). Aumento do rácio de enfermagem e As. Operacionais
13	Folha de registos ou registo informático Específico	Não há registos sistemáticos efetuados VVS	5	5	Não avaliação e continuidade dos cuidados	2	Não existe folha protocolada	50	Elaborar folha ou proposta de registo informático

2.1.5 – Análise do Quadro FMEA

Ao analisar o quadro deteta-se onde as falhas podem ocorrer com mais intensidade, e a gravidade que essas falhas implicam, Pires (1999, pág. 399) diz-nos que “ *uma vez calculado o RPN para cada modo de falha, a acção correctiva deverá dirigir-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto RPN e a elementos críticos.*” Sendo assim e aplicando a formula que nos dá a prioridade de intervenção (gravidade x ocorrência x deteção) podemos observar, que:

1ª Etapa = 224 pontos

4ª Etapa = 400 pontos

5ª Etapa = 280 pontos

7ª Etapa = 192 pontos

12ª Etapa = 256 pontos

Analisando os resultados da FMEA, dever-se-á incidir o projeto de intervenção para a melhoria dos cuidados através de ações corretivas e preventivas nas etapas, 1ª como entrada principal do processo, 4ª, 5ª, 7ª e 12ª, pois os seus resultados ultrapassam sobremaneira os 100 pontos como valor referencial para a prioridade de intervenção, além das etapas 3ª, 6ª, 8ª e 9ª com valores um pouco acima do 100. Com a finalidade de não tornar esta análise demasiado extensa debruçar-nos-emos, apenas, sobre as cinco etapas com maior score:

- 1ª - Escolhida para intervenção em primeiro lugar, por ser a entrada principal do processo, é evidente que o que põe em risco todo este processo, numa filosofia de qualidade, é a falta de um fluxograma/protocolo específico para a atribuição correta da prioridade na triagem de Manchester articulada com a triagem Via Verde Sépsis. A otimização desta etapa passa pela autorização do Conselho de Administração do “HAN” para o encaminhamento de todos os clientes com sinais / sintomas de inclusão na VVS independentemente fluxograma da Triagem de prioridades de Manchester para a sala de emergência/ gabinete de Medicina Interna. Cumprindo à triagem a identificação de situações de provável sépsis seguindo as recomendações inscritas na circular normativa VVS da DGS, “ Estas recomendações identificam claramente quais os sinais e sintomas suspeitos de sépsis para os quais o enfermeiro devesse estar particularmente atento” (Ordem dos Enfermeiros, parecer conjunto CE e CJ, Nº 2/2010). Orientados pelo nosso código deontológico temos a obrigação de reger o

nosso desempenho com responsabilidade e profissionalismo, usar os conhecimentos científicos e tecnológicos de que somos portadores bem como as recomendações que nos orientam numa boa prática, assumindo as responsabilidades pelas decisões e atos que daí advêm.

- 4ª - A melhoria nesta etapa passa, pela formação, do pessoal de enfermagem. Quais os critérios obrigatórios para o diagnóstico e terapêutica e atitudes gerais, elaboração de um *poster* contendo as mesmas, que permita acesso fácil e rápido para a tomada de decisão. Julgamos possível a obtenção deste objetivo com a afixação de um *poster* na sala de emergência, local onde é realizada a 1ª abordagem pós triagem inicial, seguindo as recomendações da circular normativa. O protocolo da instituição devera ser complementado com os *posters* e largamente divulgado no serviço; enviado pelo correio eletrônico de cada elemento, existência do mesmo em suporte físico e em pontos estratégicos, sala de pessoal, sala de emergência; entregue uma cópia a cada equipa e acesso na intranet do Hospital. Em virtude no serviço de urgência, de se utilizar para registos de enfermagem o programa Alert, é da maior relevância a existência em suporte de papel dos mesmos, para a sua utilização, uma vez não existirem no programa. “A Formação permanente do pessoal que presta serviço nas urgências, mesmo que não especificamente envolvido na Via Verde, de modo a terem conhecimento do seu funcionamento, o que facilitara o alertar para a equipa da via verde e a facilitação dos seus procedimentos.” (Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio EAM e do Acidente Vascular Cerebral AVC, 2007, pág. 107)
- 5ª - Para a agilização desta etapa é necessário a aquisição prioritária de uma máquina (análise rápida do lactato no sangue) para avaliação rápida da hiperlactacidémia, à semelhança das existentes para glicemia e cetoninémia, aquando da chegada do cliente à sala de emergência que permite Identificar os sinais precoces de sépsis se não existirem critérios de exclusão da VVS
- 7ª - A ênfase desta etapa é colocada na solicitação de hemo e uroculturas e na execução rápida da colheita das mesmas e referenciadas ao LAC como prioritárias, marcadas com marcador preto e contato telefónico de reforço para o LAC para permitir resultados em tempo útil e um diagnóstico mais efetivo possível.
- 12ª – A ênfase nesta etapa é colocada na administração de terapêutica adequada e na otimização da entrega tecidular de oxigénio.

Pressão venosa central (PVC)> 8 mmHg (ou 12 em doentes ventilados),

Tensão arterial média (TAM)> 65 mmHg,

Saturação venosa central de oxigénio (SvcO₂) > 70%.

Os objetivos preconizados devem ser atingidos nas primeiras 6 horas após a apresentação, o que implica que os doentes em centros de nível 1, após as medidas iniciais (ie – colheita de exames microbiológicos, primeira administração de antibiótico e início de fluidos - ver algoritmo - passo 3a), sejam rapidamente transferidos, (DGS 2010).

É necessário incidir e insistir na formação e informação dos enfermeiros que efetuam a triagem de Manchester. Alertar para os sintomas, que os clientes apresentam e que alterações são necessárias para que haja uma melhoria significativa da sua prestação de cuidados e na prestação contínua desses cuidados, sejam tangíveis na melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Não descurar os cuidados a ter, tendo em conta os eventos adversos/contraindicações com a administração terapêutica e a necessidades contínua de cuidados que estas situações exigem para uma avaliação palpável dos resultados.

Toda e qualquer mudança ou reestruturação deve ser levada a cabo através de um processo contínuo e permanente de mudança. Isto exige não só a introdução e aceitação de mudanças individuais, de grupo e organizacionais mas também uma atuação a tempo inteiro e nunca pontual ou que se consuma em determinado momento. A mudança, para ser efetiva, deve ser assumida com espírito de aperfeiçoamento sem limites

Assim sendo, parece-nos útil a implementação das ações preventivas e corretivas neste processo. É necessário que todos os profissionais de saúde envolvidos tenham consciência do que podem fazer para obter ganhos em saúde, o mesmo quer dizer, qualidade de vida nos seus clientes.

6 – CONCLUSÃO

Aceite cientificamente que uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibioterapia como de suporte hemodinâmico pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sépsis grave e choque séptico, é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada. Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, e através da tradução e adaptação das orientações existentes a nível nacional e internacional, validadas por um grupo de peritos, determina, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação, a nível nacional, da Via Verde da Sépsis (VVS), (DGS, 2010).

A implementação da VVS no SU do “HAN” como resultado desta FMEA, a mudança efetuada ao processo de cuidados pela análise das ações preventivas e corretivas permitirá alcançar a finalidade deste trabalho, que é o de agilizar este procedimento e atingir a meta das seis horas como limite, desde a entrada do cliente no serviço até ao início do tratamento como preconizado nas *guidelines* internacionais.

De um ponto de vista prático, as especificidades características do sector da saúde, que decorram do modelo de gestão, do processo tecnológico utilizado e do tipo de profissionais existentes, considerámos de grande utilidade a realização deste trabalho. Tomámos consciência não só de todos os erros que podem ocorrer nas diferentes etapas do processo, como ficámos alerta para as ações preventivas e corretivas a realizar, de modo a que a prestação de cuidados vá de encontro a um aumento da qualidade e diminuição de eventuais erros e sequelas para o principal objeto do nosso cuidado que é o Cliente.

Revela-se, contudo, necessário proceder com alguma cautela quando procuramos introduzir mudanças no sistema, uma vez que aqueles aspetos que funcionam bem não deverão ser afetados.

Possibilitou-nos também, por outro lado, conhecer um pouco melhor a nossa Instituição e Serviço e por outro estabelecer áreas prioritárias de intervenção.

BIBLIOGRAFIA:

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica* (Herminia Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Versão original em inglês, 2009)

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (2007). *Documento Orientador Sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Autor

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS, CRÓNICAS E GERIÁTRICAS (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Autor

DOMBROVSKIY V et al. (2006) Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: *A trend analysis from 1993 to 2003*. Crit Care Med; 35: 1244-50

“HOSPITAL ARTE NOVA” (2008). *Serviço de Urgência: Via Verde AVC Intra- Hospitalar Protocolo de Atuação Institucional*. Documento Institucional Protocolado pela Unidade de Doenças Cardio e Cerebrovasculares e Homologado pelo Conselho de Administração em Novembro de 2008

HUGO, V. (2010). Documentos de apoio às aulas de Ambientes em Saúde (Não editado)

PINA, E. (1994) - Relatório: Inquérito de Prevalência de Infecção. *Sistemas de informação para a gestão de serviços de saúde*. Lisboa: IGIF.

PIRES, A. (1999). *Inovação e desenvolvimento de novos produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

PÓVOA, P.R. ET AL (2009). Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. *Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI study)*. Crit Care Med; 37: 410-6

REFERENCIAS ELETRÓNICAS

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS) - Circular Normativa n.º1/DQS/DQCO, 06/01/2010*. [Consulta: 8 Jan. 2011]. URL: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007) - *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde* – Lisboa [consulta: 8 Jan. 2011]. URL: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

LEI N.º 111/2009, de 16 de Setembro; Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. [consulta: 2 Fev. 2011] URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf

PORTUGAL. MS. DGS - Plano nacional de Saúde 2004-2010. [consulta: 31 de Jan. 2011] URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_214.html

PORTUGAL. MS. ACS. ISEG-UNL. - Plano nacional de Saúde 2011-2016. [consulta: 31 de Jan. 2011]. URL: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHOS DE ENFERMAGEM E JURISDICIONAL (2010). *Parecer conjunto CE e CJ Nº 2 /2010 Sobre: Triagem Hospital de AVC.* . [consulta: 31 de Jan. 2011]. URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoJurisdicional.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2006): Matriz cursos especialidade. [consulta: 2 Fev. 2011]. URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=161&print=1>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*, [consulta: 31 Jan. 2011]. URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_Dor_publicacoes.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.* [consulta: 31 Jan. 2011]. URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

RAMOS, S. (2007). *Introdução a Metodologia do Trabalho de Projecto* [consulta: 11 de Maio 2011]. Escola Dr. Mário Sacramento. URL: <http://esms.edu.pt>

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, [consulta: 4 Fev. 2011]. URL: www.myicucare.org/support_brochures/pages/sepsis.aspx

SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN, [consulta: 4 Fev. 2011]. URL: <http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

APÊNDICE Nº 5 – Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

FORÇAS	FRAGILIDADE
<p>Oportunidade de dar resposta à Diretiva da DGS - Circular Normativa nº1/DQS/DQCO, 06/01/2010</p> <p>O SU do “HAN” ser um SUMC e a UCI uma unidade com suporte de monitorização hemodinâmica e ventilação invasiva e não invasiva</p> <p>“Hospital Arte Nova” dispõe de Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados intermédios e UCI</p>	<p>A fraca adesão dos profissionais</p> <p>Recursos humanos escassos / sobrecarga de trabalho</p> <p>Formação dos profissionais do SU do “HAN” dispendiosa</p>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>Abertura demonstrada pelo Conselho de Administração para implementação de projetos que promovam a saúde e a qualidade de vida dos Utentes, reduzindo os custos</p> <p>A existência de normas e orientações técnicas emanadas pela Direção Geral de Saúde, relativamente à obrigatoriedade da implementação do Algoritmo da Via Verde Sépsis no SU do “HAN”</p> <p>Formar especificamente os profissionais de saúde</p> <p>Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, utente do SU do “HAN”</p> <p>Dar resposta à Circular Normativa da DGS nº1/DQS/DQCO, 06/01/2010</p>	<p>Conselho de Administração em Gestão corrente</p> <p>Projecto financeiramente elevado face à conjuntura socioeconómica do próprio país</p>

APÊNDICE Nº 6 – Planeamento e cronograma



Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Planeamento do Projeto

Estudante: Amaro Silva Pinto	Orientador: Enf. ^a Especialista EMC - C. M. Professora Orientadora: E.M.
Instituição: “Hospital Arte Nova”	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Implementação da Via Verde Sepsis no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova”	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <p>Promover a Saúde agilizando os cuidados prestados ao cliente com Sepsis no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova” através da criação de protocolos de atuação.</p> <p><u>OBJETIVOS Específicos</u></p> <p>Criar um dossier temático sobre Via Verde Sepsis</p> <p>Realizar formação teórico-prática subordinada ao tema Via Verde Sepsis destinada aos profissionais de saúde (afim de os sensibilizar e treinar quer na triagem, quer na atuação)</p> <p>Implementar Via Verde Sepsis</p>	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)</p> <p>Enfermeiro responsável do serviço – Enf.^o AP/ Enf.^a GF</p> <p>Diretora do Serviço de Urgência – Dr.^a CV/CA</p> <p>Gestor Hospitalar para a Via Verde Sepsis (ainda não nomeado)</p> <p>Enfermeiro Diretor – Enf.^o IN</p> <p>Presidente do Concelho de Administração – Dr.^a AB</p> <p>Enfermeira Especialista MC Tutora – Enf.^a CM</p> <p>Professora Orientadora – Enf.^a E M</p> <p>Responsável pelo Laboratório – Dr.^a JQ</p> <p>Diretor da UCI - PM</p>	

Diretor da Medicina – SC

Diretor da Cirurgia - CS

Departamento de Formação – Enf.^a DC

Departamento de Informática – Eng.^o VGV

Enf.^a Responsável CCI Enf.^a RS

Enf^o (elo de ligação dos serviços para a CCI e para a Via Verde Sepsis)

Profissionais de Saúde que trabalham na urgência (Médicos, Enfermeiros, As. operacionais e As. Técnicos Administrativos)

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Criar dossier temático sobre Via Verde Sepsis	<p>Pesquisa bibliográfica sobre:</p> <p>Via Verde Sepsis;</p> <p>Sepsis;</p> <p>Protocolos de atuação;</p> <p>Parecer sobre Triagem Hospitalar</p> <p>Construir cartaz com os critérios de inclusão/exclusão na Via Verde Sepsis</p> <p>Elaborar folheto sobre Via Verde Sepsis</p> <p>Elaborar dossier (com protocolo Via Verde Sepsis intra – Hospitalar, folha de registo de enfermagem, protocolos de cuidados gerais, critérios de exclusão e check-list)</p> <p>Divulgar o dossier temático através da intranet e coloca-lo na pasta informática de Cuidados críticos do SU</p>		<p>DGS</p> <p>OE</p> <p>SSC</p> <p>Revistas online</p> <p>PC</p> <p>Internet</p>	<p>Jan - Jun 2011</p>	<p>Existência de dossier temático sobre o título VVSépsis no “HAN” na intranet</p> <p>Consultas do dossier</p> <p>Acesso a folha de registos de enfermagem</p>
Criar ficha de triagem VVSépsis (formato papel)/criar base de	<p>Adequar a ficha de triagem Sepsis da Surviving Sepsis Campaign de registos ao SU do “HAN”</p> <p>Reunião com Dep. Informática e reprodução</p>	<p>Enf^{os} Técnicos de informática</p>	<p>Software/inter face</p> <p>Papel A4</p>	<p>Jan - Nov 2011</p>	<p>Folha de registos VVS</p> <p>Programa informático específico</p> <p>Posters</p>

dados de registo informático para a VVSépsis	Planear programa de registo informático (software) VVS-“HAN” versus Alert Configurara e reproduzir posters e protocolos				
Realizar formação teórico-prática subordinada ao tema Via Verde Sepsis destinada aos profissionais de saúde (a fim de os sensibilizar e treinar quer na triagem, quer na atuação)	Revisão bibliográfica sobre a Via Verde Sepsis Preparar a apresentação em suporte informático (slides) Elaborar um plano de sessão Reunião formal com Enfermeira responsável pela formação da instituição: Candidatura ao QREN/POHP para creditação da formação (grupo REANIMA ou Outro - peritos na área a fim de estes colaborarem na realização da formação) Divulgar a formação (Data, hora e local) Realizar a formação (Enfermeiros, médicos) Treinar o pessoal de Enfermagem através de estudos de caso Avaliar a formação	Enf.ª D. C. + Formandos e Formador (es)	PC Data show Plano de sessão Folhas de presença Folhas de avaliação Material didático Sala de formação	Out–Nov 2011	Adesão ao projeto por parte dos elementos da equipa de Enfermagem do SU do “HAN” Participação dos colegas no projeto Descrição por parte dos colegas do projeto Uniformização do encaminhamento na triagem Conhecimentos sobre a Via Verde Sepsis por parte dos técnicos do laboratório/Imagiologia Conhecimento e localização do protocolo de Via Verde Sepsis existente
Implementar Via Verde Sepsis	Reunião formal com Conselho de Administração a fim de dar a conhecer os objetivos do projeto e obter consentimento para a consecução do mesmo Divulgar norma de procedimento da Via Verde Disponibilizar norma de procedimento na intranet Divulgar o folheto sobre Via Verde Sepsis Divulgar cartaz com critérios de inclusão/exclusão na Via Verde Sepsis Divulgar dossiê temático sobre Via Verde Sepsis na intranet Implementar a Via Verde Sepsis	Tecº Informática, Instalações e equipamentos Equipa de profissionais do SU Diretora Clínica	Protocolo Via Verde Sepsis na intranet Pasta sepsis na intranet Cartazes Folhetos Etiquetas	Dez. 2011	Assinatura na Folha de presenças da sessão de formação Avaliação da formação Articulação do LAC/Imagiologia com serviço de urgência na Via Verde Sepsis Sinalização das análises/culturas

			Moldura para os cartazes		Existência do cartaz na sala de triagem Identificação do cliente com Sepsis abrangido pelos critérios da Via Verde Uniformização na triagem Encaminhamento idêntico Existência do cartaz na sala de emergência Despiste e Desempenho adequado aquando da ocorrência de complicações.
Cronograma: Segue em anexo					
Orçamento: Os recursos necessários para o desenvolvimento deste projeto incluem: <u>Recursos Humanos:</u> Responsável institucional pela Via Verde Sepsis no “HAN” A equipa médica A equipa de enfermagem e As. Operacional afeta ao SU, Apoio administrativo, de Laboratório e imagiologia <u>Recursos Físicos:</u> Os existentes no serviço (Sala de emergência, gabinetes de consulta e SO, consumíveis de papelaria, de aprovisionamento e farmácia); Aparelho de avaliação de Glicemia e de lactato no sangue					

Recursos Financeiros:

Os necessários, para a aquisição dos materiais não existentes na Instituição

Utilização de Suporte de material informático (Computador e Data-show) para a realização das formações.

Panfletos/Cartazes Informativos a serem realizados pela equipa.

Formação: Frequência de ações de formação que permitam a partilha de experiências e a atualização de conhecimentos.

Material

	Máquina para medição do lactato no sangue	Apósitos		TOTAL INVESTIMENTO
		Fitas de medição lactato (caixa com 25 unidades)	Lancetas (caixa com 200 unidades)	
Custo /unidade	200 €	100 €	25 €	
Quantidade	2	2	(já existem)	
Total	400 €	200 €	0 €	600 €

Valores de referência no Serviço de aprovisionamento do “HAN”

Formação de Profissionais de Enfermagem e de Medicina

	Curso de Sepsis e Infecção Grave		TOTAL INVESTIMENTO
	Enfermeiro	Médico	
Custo/participante a)	125 €	250 €	----
Formandos	34	16	----
Total	4250 €	4000	8250 €

a) http://reanima.pt/catalogo/detalhes_curso.php?id=14

http://reanima.pt/catalogo/detalhes_curso.php?id=15

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Constrangimentos relacionados com limitação temporal, para o planeamento/implementação do projeto
Ausência de Concelho de administração (Concelho de Administração Demissionário em gestão corrente)
Da disponibilidade de tempo/horário da equipa multidisciplinar, nomeadamente da equipa de enfermagem, sendo necessário estar um elemento de enfermagem afeto à Via Verde Sepsis no SU em especial nos turnos da manhã e da tarde - Rácio/turno de recursos humanos débil
Da aquisição do material específico
Dos custos financeiros associados à formação das equipas
Desinteresse das equipas envolvidas (Pouca adesão dos colegas do serviço a formação devido a parca disponibilidade temporária).
Resposta/viabilidade da elaboração da base de dados Sepsis pelo SSTI

Observações:

O proposto pode sofrer alterações com o decurso do projeto uma vez que:

Depende da Articulação com a ARS, nomeação pelo CA de um Administrador Responsável pela implementação do projeto em todo o Hospital, conforme despacho da DGS

As ações de formação específicas dependem da articulação com o Dep. Formação, da candidatura ou não da formação a quadros de apoio e financiamento.

Requer envolvimento da direção de topo e chefias intermédias

A forma de poder ultrapassar estes constrangimentos será um processo árduo e contínuo de negociação. Apresentação do projeto detalhado com todos os passos bem articulados e fundamentados ao CA, para que havendo envolvimento do topo as coisas se tornem mais fáceis e aos colaboradores.

O atendimento ao cliente séptico é multidisciplinar e todos devem estar envolvidos para que o objetivo seja atingido!

Data 6/05/2011

Assinatura: Amaro Pinto

Docente: E.M.

ANEXO
Cronograma

2011 Mês/Semana	Janeiro			Fevereiro				Março				Abril			Maio				Junho				Julho		Outubro	Novembro	Dezembro
Atividade a desenvolver	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª			
1- Diagnóstico da Situação																											
2 - Planeamento do Projeto																											
2.1- Proposta para formação Creditada dos Enfermeiros																											
2.2- Proposta para formação Creditada dos Médicos																											
2.3- Tabelas de presunção e critérios de exclusão																											
2.4- Poster com critérios Inclusão e Exclusão SIRS na Triage																											
2.5- Poster Algoritmo terapêutico																											
2.6- Ficha de Triage VV Sepsis																											
2.7- Checklist																											
2.8- Proposta de protocolo terapêutico Sepsis																											
2.9- Formalização da entrega do projeto ao CA																											
3- Formação VV Sepsis																											
3.1- Formação Interna																											
3.2- Formação Creditada dos profissionais																											
4- Implementação VVS no "HAN"																											

APÊNDICE Nº 7 - **Dossier Temático** (Documentos presentes no Dossier Temático Electrónico)
“Sepsis”

DOCUMENTOS PRESENTES NO DOSSIER TEMÁTICO ELECTRÓNICO

- Alto Comissariado da Saúde. Plano nacional de Saúde 2011-2016. Indicadores de Potenciais Ganhos em Saúde. Agosto 2010
- Direcção - Geral da Saúde. Circular Normativa nº 01/ DQS/DQCO Assunto: Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). Janeiro 2010
- Direcção – Geral da Saúde. Circular Normativa nº 9/DGCG Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Junho 2003
- Direcção – Geral da Saúde. Circular Normativa nº:11/DSCS/DPCD Assunto: Programa Nacional de Controlo da Dor. Junho 2008
- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde. Março 2007
- Guia Transfusional.pdf
- N P 01 Higiene Ambiental “HAN”.pdf
- Norma de Procedimento - NP-“HAN”-66 Procedimentos em caso de falha do sistema informático no SU, de 09-08-2010.pdf
- Norma Procedimento NP –“HAN” - 107 - Prevenção da infecção do local cirúrgico.pdf
- Norma regulamentar procedimento para funções atribuídas a estudantes de enfermagem em estágio.pdf
- Nota Interna nº 20-P - Norma de Procedimentos em acidentes de Trabalho com riscos biológicos para todos os colaboradores do “HAN” - 19-08-2010.pdf
- NP – “Circuito Isolamento e Procedimentos Associados, para Microrganismos Problema, no Serviço de Urgência”.pdf
- NP – “HAN” 126 - Norma de Identificação Inequívoca dos Doentes.pdf
- NP – prevenção da infecção Nosocomial do Clostridium difficile.pdf
- NP-“HAN”-128 Norma de Procedimento Prevenção de Risco de Queda.pdf
- NP-“HAN” -19 - Precauções de Controlo da Infecção segundo a Via de Transmissão.pdf
- NP-“HAN”-19
Revisao_Anexo_3_Precacoes_Isolamento_Agente_Infeccioso_frequente_condicao_clinica .pdf
- NP-“HAN” -24 - Higiene das Mãos.pdf

- NP-“HAN” -45 de Maio de 2006 - Normalização e manutenção do Carro de Urgência.pdf
- NP-“HAN” -62 - 29-01-08 - Cuidados Post -Morten.pdf
- NP-“HAN” -70 - Revisão 1 de 01-07-2010 - Prevenção da Infecção Associada ao Cateterismo Periférico.PDF
- NP-“HAN” 74 Prevenção da Infecção urinaria associada a cateterização vesical - Revisão 0.pdf
- NP-“HAN” -81- Norma de Procedimento sobre Reanimação Cardiorrespiratória - 17-05-11.pdf
- NP-“HAN” -84- Norma de Procedimento Administração de Alimentação Entérica - 17-05-11.pdf
- NP-“HAN” -85-Norma de Procedimento para Inaloterapia - 19-04-11.pdf
- NP-“HAN” -87- Norma de Procedimento para Prestação de Cuidados à Boca no Doente Inconsciente - 17-05-11.pdf
- NP-“HAN” -91 - Norma de Procedimento Banho Geral na Cama com Ajuda Parcial - 17-05-11.pdf
- NP-“HAN” -98- Norma de Procedimento Administração de Terapêutica por Via Oral - 17-05-11.pdf
- Plano de Emergência Interno do “HAN”.PDF
- Procedimento em caso de Acidente de Trabalho.pdf
- Relatório Nacional Inquérito de Prevalência da Infecção 2009.pdf

APÊNDICE Nº 8 - Como proceder em caso de evacuação do serviço de urgência

COMO PROCEDER EM CASO DE EVACUAÇÃO

DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

PERANTE UM EVENTUAL SINISTRO

(Incêndio; Inundação; Sismo; Ameaça
de Bomba/pacote Suspeito)

Emitir de imediato o ALARME,

por telefone

(1115)

à Central de Segurança

Indicando o local e a área afetada

RECEBER E CUMPRIR AS INSTRUÇÕES DADAS

pelo Diretor de Emergência, Chefe de Intervenção, ou qualquer membro das Equipas de Emergência. (Plano de Emergência Interno, 2009)

A função das equipas

de Evacuação é

assegurar a evacuação total e ordenada do seu serviço

e garantir que o alarme foi transmitido e entendido por todos os ocupantes da sua área de responsabilidade.

PRIORIDADE NA EVACUAÇÃO DE PESSOAS INTERNADAS:

1º Sem dificuldades na mobilidade;

2º Sem mobilidade, a maior distância da saída;

3º Sem mobilidade a menor distância da saída.

PONTO DE REUNIÃO NO CAIS DA FARMÁCIA

APÊNDICE Nº 9 - Projeto de Intervenção em Serviço – Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova”

PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

1 – IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DO PROJETO

Implementação da Via Verde da Sepsis no SU do “HAN”

2 – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

Serviço de urgência do “HAN”

3 – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Segundo a DGS (2010) o elevado impacto social da sepsis, reconhecido internacionalmente bem como o reconhecimento da capacidade de influenciar de forma significativa o prognóstico desta situação com uma intervenção adequada e atempada, torna necessário que os sistemas de saúde se adaptem e respondam de forma apropriada a este problema crescente de saúde

A eficácia de sistemas de resposta rápida à sepsis tem sido demonstrada em múltiplas publicações recentes, sendo elementos relevantes dos mesmos a identificação e estratificação rápida dos doentes (triagem), o início de antibioterapia adequada e instituição de protocolos de ressuscitação volémica precoce guiados por objetivos. É na área do choque crítico (entendido como difícil de perceber ou interpretar) - sepsis associada a hipo perfusão grave - que o maior impacto dos sistemas de resposta rápida é obtido, (Op. Cit.,2010).

A complexidade das funções desempenhadas, o stress, a imprevisibilidade e a elevada tecnologia que caracterizam uma unidade de cuidados de urgência são reconhecidos como fatores indutores de erros do sistema e humanos, Mansoa (2010). A informação, uniformização e o conhecimento exato dos protocolos pela equipa de saúde, permitem reduzir eventos adversos, Fragata e Martins (2004), Nunes (2006) e Mansoa (2010).

A DGS (2010) refere que um dos procedimentos desejáveis a adotar por qualquer Serviço ou prestador de cuidados ao portador de sepsis é uma abordagem sistemática.

Decorrente da Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO 06/01/2010 urge implementar os procedimentos necessários no SU do “HAN” e assumir que o doente com Sepsis deverá ser abordado numa filosofia de «Via Verde».

A implementação de uma Via Verde Sépsis irá possibilitar ao “HAN” cumprir o disposto pela DGS no que concerne aos procedimentos desejáveis a adotar nesta área, prestar um serviço que aumenta a qualidade de vida dos seus utentes e reduzir os custos associados ao tratamento e sequelas para a saúde.

Torna-se também evidente que um forte investimento na formação adequada dos recursos humanos é basilar para o sucesso deste tipo de sistemas.

O interesse pela temática surge após uma reunião com o Sr. Enfermeiro Diretor do “HAN”, pela obrigatoriedade imposta pela DGS de até final de 2011 ser colocada em funcionamento a VVS no Hospital, à semelhança com a VVAvc e a VVCoronária já implementadas e com organização metodológica dos cuidados e ganhos em saúde apercebidos, é imperioso implementá-la.

4 – IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

Implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência – promover a Saúde agilizando processos de cuidados.

Este projeto pretende o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente aos indivíduos portadores Sépsis logo no SU

Pretende-se a implementação do algoritmo da VVS que vise a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na Instituição, a diminuição do nº de dias de internamento e da taxa de mortalidade associada a esta patologia.

5 – OBJETIVO GERAL DO PROJETO

Segundo Fernandes (1999, p. 235) delinear objetivos “ (...) consiste em determinar até onde queremos chegar”.

Objetivo Geral

Implementar a Via Verde Sepsis no SU do “HAN”.

6 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos Específicos

Elaborar instrumentos necessários à implementação

Formar os profissionais de saúde no âmbito da abordagem ao cliente com sepsis

Implementar a Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência do “HAN”

7 – EQUIPA DO PROJETO

Enfermeiro Diretor, IN

Gestor Hospitalar para a Via Verde Sépsis (ainda não nomeado)

Coordenador do Serviço de Urgência, Dr. CA

Enf.^a Responsável do serviço de Urgência, Enf.^a Esp. GF

Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência

Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência

Pessoal Médico do “HAN”

Diretor da UCI, Dr. PM

Enf.^a Responsável CCI, Enf.^a RS

Enf.^a (elo de ligação dos serviços para a CCI e para a Via Verde Sépsis), Enf.^a AT

Preceptora (Enf.^a Ch. Serviço Medicina B), Enf.^a Esp CM

Prof. Orientadora, Enf.^a. Esp. EM

Coordenadora do Laboratório, Dr^a JQ.

Departamento de Formação, Enf.^a Esp. DC

Departamento Informática e Reprodução, Eng.VG

8 – ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER

Elaborar instrumentos necessários à implementação

Tabelas de presunção e critérios de exclusão

Poster com critérios Inclusão e Exclusão VVS

Poster Algoritmo terapêutico

Elaborar protocolos terapêuticos sépsis

Folha de registos VVSépsis com checklist dos passos na abordagem

Definição do circuito/processo de cuidados

Formar os profissionais de saúde no âmbito da abordagem ao cliente com sépsis

Formação dos profissionais SU em VVS (plano de formação, slides e avaliação da formação) e proposta de formação creditada

Implementar a Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência do “HAN”

9 – RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para o desenvolvimento deste projeto incluem:

Recursos Humanos:

Coordenador do Serviço do SU.

Enf.^a Resp. pelo SU

Responsável pela implementação da VVS no “HAN”

Responsável pela formação em serviço

Responsável pela CCI

Equipa multidisciplinar do SU do “HAN”

Recursos Físicos:

Departamento de Formação

Aprovisionamento

Farmácia

Laboratório

Serviço de Imagiologia

SU

UCI

Recursos Financeiros:

Os necessários, para a aquisição dos materiais não existentes na Instituição (ver ponto 13)

Utilização de Suporte de material informático (Computador e Data-show) para a realização das formações.

Panfletos/Cartazes Informativos a serem realizados pela equipa.

Formação: Frequência de ações de formação que permitam a partilha de experiências e a atualização de conhecimentos.

10 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

Documentos (procedimentos realizados)

Cartaz de divulgação da formação

Planos de formação

Slides da Formação

Avaliação da formação

Impacto da implementação (estatística anual)

11 – DURAÇÃO DO PROJETO

Após a provação pelo CA terá a duração aproximada de um ano

12 – CONTINGÊNCIAS

Limitação temporal

Elevado custo financeiro

Pouca disponibilidade da equipa multidisciplinar para realizarem formação

13 – CÁLCULO DE INVESTIMENTO FINANCEIRO

Material

	Máquina para medição do lactato no sangue	Apósitos		TOTAL INVESTIMENTO
		fitas de medição lactato (caixa com 25 unidades)	Lancetas (caixa com 200 unidades)	
Custo /unidade	200 €	100 €	25 €	
Quantidade	2	2	(já existem)	
Total	400 €	200	0 €	600 €

Valores de referência no Serviço de aprovisionamento do “HAN”

Formação de Profissionais de Enfermagem e de Medicina

	Curso de Sepsis e Infecção Grave		TOTAL INVESTIMENTO
	Enfermeiro	Médico	
Custo/participante a)	125 €	250 €	----
Formandos	34	16	----
Total	4250 €	4000	8250 €

a) http://reanima.pt/catalogo/detalhes_curso.php?id=14 e
http://reanima.pt/catalogo/detalhes_curso.php?id=15

De realçar que o retorno do investimento é rápido. Tendo em atenção o custo diário de internamento de clientes com Septicémia = 615 € (portaria nº 839-A/2009 de 31 de Julho, pág. 33) ao reduzir-se a média do número de dias de internamento equivalente a um dia, obter-se-ia valor acrescentado em

poucos meses, além do impacto na diminuição do número de mortes associada, melhorando os dados extraídos do quadro seguinte (GDHs) da incidência de sepsis em 2010 e 2011.

Doença > 17 anos	Nº totais 2010	Nº totais 2011	Média do nº de dias de internamento 2010	Média do nº de dias de internamento 2011
Sepsis	110	148	24	19
Choque séptico	71	75	29	21
Septicémia	120	149	24	19
Mortes por sepsis /choque e septicémia	57	71	15	13

GDHs: Dados relativos à **incidência** dos **diagnósticos** de **sepsis** apresentados, para doentes com idade superior a 17 anos, independentemente do serviço de alta.

14 – OBSERVAÇÕES

O proposto pode sofrer alterações com o decurso do projeto uma vez que:

Depende da Articulação com a ARS, nomeação pelo CA de um Administrador Responsável pela implementação do projeto em todo o Hospital, conforme despacho da DGS

As ações de formação específicas dependem da articulação com o Dep. Formação, da candidatura ou não da formação a quadros de apoio e financiamento.

Requer envolvimento da direção de topo e chefias intermédias

O atendimento ao cliente séptico é multidisciplinar e todos devem estar envolvidos para que o objetivo seja atingido

15 - CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

2011 Mês/Semana	Janeiro			Fevereiro			Março			Abril			Maio			Junho			Julho			Outubro	Novembro	Dezembro
Atividade a desenvolver	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª				
1- Diagnóstico da Situação																								
2 - Planeamento do Projeto																								
2.1- Proposta para formação Creditada dos Enfermeiros																								
2.2- Proposta para formação Creditada dos Médicos																								
2.3- Tabelas de presunção e critérios de exclusão																								
2.4- Poster com critérios Inclusão e Exclusão SIRS na Triagem																								
2.5- Poster Algoritmo terapêutico																								
2.6- Ficha de Triagem VV Sepsis																								
2.7- Cheklist																								
2.8- Proposta de protocolo terapêutico Sepsis																								
2.9- Formalização da entrega do projeto ao CA																								
3- Formação VV Sepsis																								
3.1- Formação Interna																								
3.2- Formação Creditada dos profissionais																								
4- Implementação VVS no "HAN"																								

APÊNDICE Nº 10 – Plano, Apresentação (Slides) e Avaliação da Sessão de Formação

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Data: Outubro 2011 (a combinar com Dep. Formação)

Tema: Implementação da VVSépsis no SU – “HAN”

Local: Auditório do “HAN”

Tempo previsto: 90 Minutos

Destinatários: Equipa Multidisciplinar do SU – “HAN”

Formador	Tema	Objetivos	Meios pedagógicos utilizados	Tempo
Amaro Pinto	Introdução		Computador, Power Point	2min
	Via Verde Sepsis	Harmonizar conceitos relacionados/ conhecer algoritmo	- Data show	18min
	Triagem de Manchester + Critérios SIRS	Aplicar os critérios de presunção da infeção	ou	20min
	Pacotes de Ressuscitação 6 h e 24 horas	Alertar para a brevidade das colheitas de análises/culturas, antibioterapia e a reperfusão tecidular	+ Retroprojektor	20min
	Cuidados de Enfermagem	Prestar cuidados de enfermagem e de suporte /CIPE	+ Documento de avaliação da sessão	20min
	Conclusão/avaliação da sessão		+ Documento de avaliação da formação em vigor no “HAN” (anexo 2)	10min

"Hospital
Arte Nova"

Implementar a Via Verde Sepsis

"HAN"
Serviço de Urgência

Junho 2011

Amaro Silva Pinto, 1º CPLEEMC
da ESS IPS



1

Sepsis

A Sepsis é uma condição médica severa, caracterizada por uma resposta inflamatória sistémica (designada por Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica), geralmente causada pela presença de um agente infeccioso na corrente sanguínea.

2

Enquadramento Conceptual

Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)

Presença de pelo menos dois dos seguintes itens:

- Temperatura central $> 38,3^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$
- Frequência cardíaca > 90 bpm
- Frequência respiratória > 20 PM ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg ou necessidade de VM
- Leucócitos totais $> 12.000/\text{mm}^3$ ou $< 4.000/\text{mm}^3$ ou $> 10\%$ de formas jovens

Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. Chest 1992.

3

Enquadramento Conceptual

Sepsis

SIRS secundária a infecção confirmada ou presumida (não é necessária hemocultura positiva)

Sepsis Grave

presença de critérios de sepsis associada a hipoperfusão ou disfunção de pelo menos um órgão (ex.: hipoxemia, oligúria, insuficiência renal, coagulopatia, etc.)

Choque séptico

sepsis grave associada a hipotensão arterial sem resposta à adequada reposição volêmica, sendo necessário o uso de drogas vasoativas

Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. Chest 1992.

4

Enquadramento Conceptual

Presença de 2 ou mais factores:

- temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$
- FC > 90 bpm
- FR > 20 rpm ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
- Leucocitose/penia ou formas jovens $> 10\%$
- Alteração do estado de consciência
- Glicemia > 120 mg/dl na ausência de DM

Presença ou suspeita de infecção

Disfunção ≥ 1 órgão:

- hipotensão ou uso de vasopressor
- oligúria ou creatinina > 2 mg/dl
- $\text{SatO}_2/\text{FiO}_2 < 200$
- Plaquetas $< 100.000 / \text{mm}^3$
- Alteração do estado de consciência
- Bilirrubina > 2 mg/dl
- Lactato ≥ 2 mM ou 18mg/dl
- Coagulopatia (INR $> 1,5$ ou TTPA $> 1,5 \times \text{ref.}$)

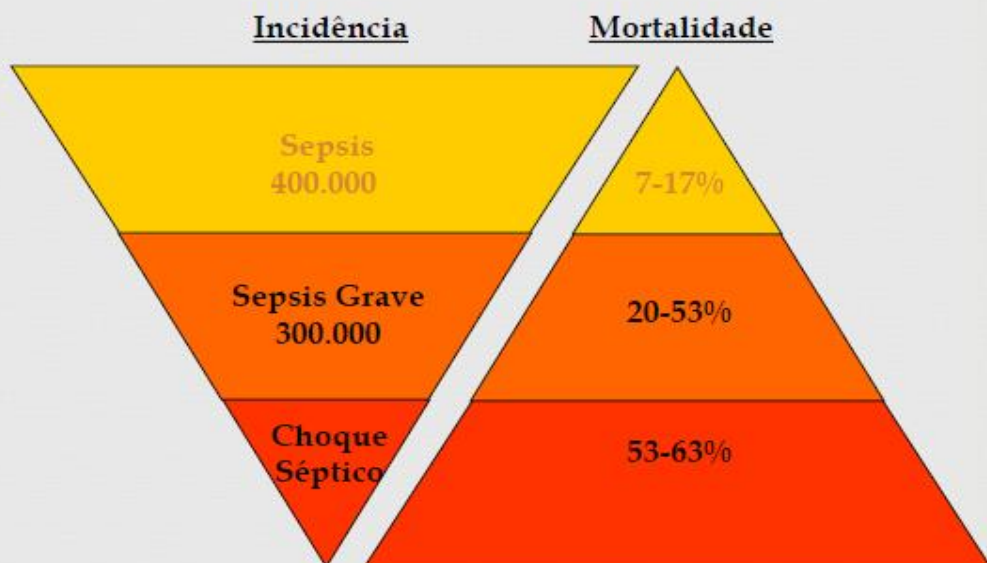
SIRS

SEPSIS

SEPSIS GRAVE ou
CHOQUE
SÉPTICO

Enquadramento Conceptual

Mortalidade em Doentes com Choque Séptico



Balk, R.A. Crit Care Clin 2000;337:52

Answers That Matter.

Enquadramento Conceptual

SEPSIS É UMA DOENÇA COMUM, CARA E CAUSA TANTAS MORTES ANUALMENTE QUANTO O AVC E O IAM

Estimativa anual de 751.000 casos/ano (3.0 casos/1.000 hab), EUA:

- Apenas 51,5% dos casos receberam cuidados de UCI
- 6,2% foram ventilados fora do ambiente da UCI
- A incidência aumentou > 100x com a idade (0,2/1000 em crianças para 26,2/1000 em idosos > 85 anos)
- Mortalidade de 28,6% (aumentou de 10% em crianças para 38,4% em idosos > 85 anos)
- Custo médio de \$22.100 (maior em doentes não sobreviventes)
- Projecção de aumento na incidência em 1,5% ao ano

Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS), DGS (2010)

Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome and associated costs of care. Critical Care Medicine 2001.

7

Surviving Sepsis Campaign

Declaração de Barcelona
(Setembro, 2002)

Fase I

Directrizes para o tratamento
da sepsis grave e choque
séptico (2004)

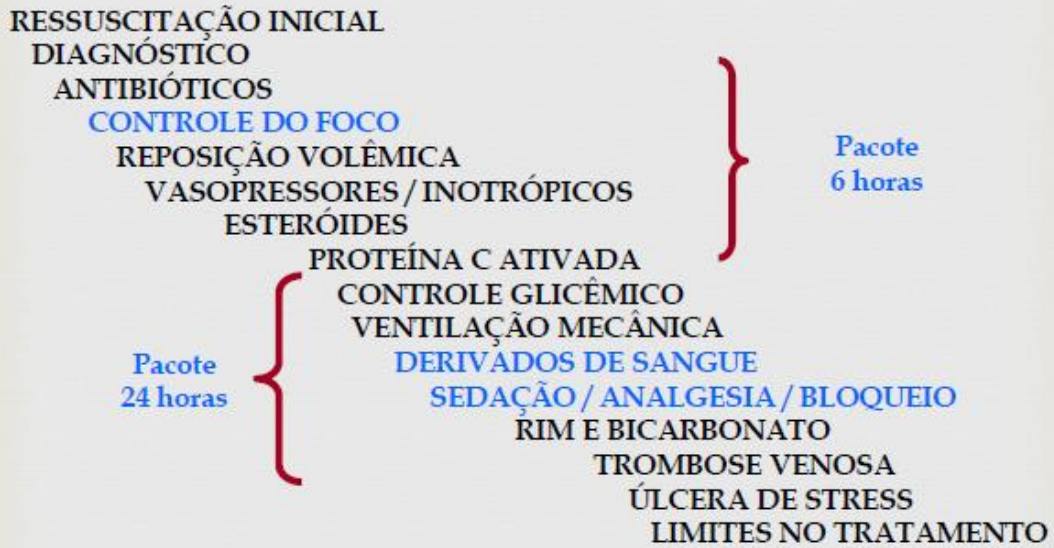
Fase II

Implementação das directrizes
na prática clínica: pacotes
(2005)

Fase III



Tratamento



Dellinger et al, 2008

9

Surviving Sepsis Campaign

“PACOTES”

6 horas

Diagnóstico
 Colecta de **lactato**
Culturas/ hemoculturas
ATB em 1 hora
 Reposição volêmica
 Cateter central
 Optimização de PVC
 Optimização de SatVO₂
 Vasopressor / Inotrópico

24 horas

Corticóides
 Pressão plateau < 30 cmH₂O
 Controlo da glicemia
 Proteína C ativada



Surviving Sepsis Campaign

PACOTE DE RESSUSCITAÇÃO

"BUNDLE" 6 HORAS

11

Sistema para avaliar a qualidade da evidência e poder da recomendação

FORTE: : a recomendação aplica-se a maioria dos doentes na maioria das circunstâncias ("nós recomendamos...")

FRACA: há necessidade de considerar mais cuidadosamente circunstâncias individuais dos doentes, preferências e valores ("nós sugerimos ...")

<http://www.sepsisnet.org/PDF/SSCDiretrizes.pdf>

12

Lactato

Lactato deve ser obtido em todos os doentes com ou com suspeita de sepsis

Doentes com lactato duas vezes superior ao normal devem ser incluídos na rotina de ressuscitação precoce com otimização da PVC e SatVO₂

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

13

Importância do lactato

Glicose → piruvato ^{O₂} → acetilCoA → Ciclo de Krebs
(30 moles de ATP)

sem O₂

Lactato
(2 moles de ATP)

Na ausência de oxigênio, ou na impossibilidade da sua utilização, o organismo lança mão do metabolismo anaeróbico, de baixo rendimento energético, com aumento da acidose e dos níveis de lactato

MARCADOR DE PERFUSÃO TECIDUAL

14

Culturas

Culturas dos sítios pertinentes devem ser colhidas antes do início da terapia antimicrobiana

A colecta de hemocultura é obrigatória, independente do sítio suspeito de infecção

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

15

Controlo do Foco

Focos infecciosos passíveis de controlo devem ser exaustivamente procurados e controlados nas primeiras 6 horas do atendimento

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

16

Antibioterapia

Antimicrobianos endovenosos de largo espectro devem ser iniciados dentro de uma hora após o diagnóstico de sepsis grave, logo após obtenção de culturas adequadas

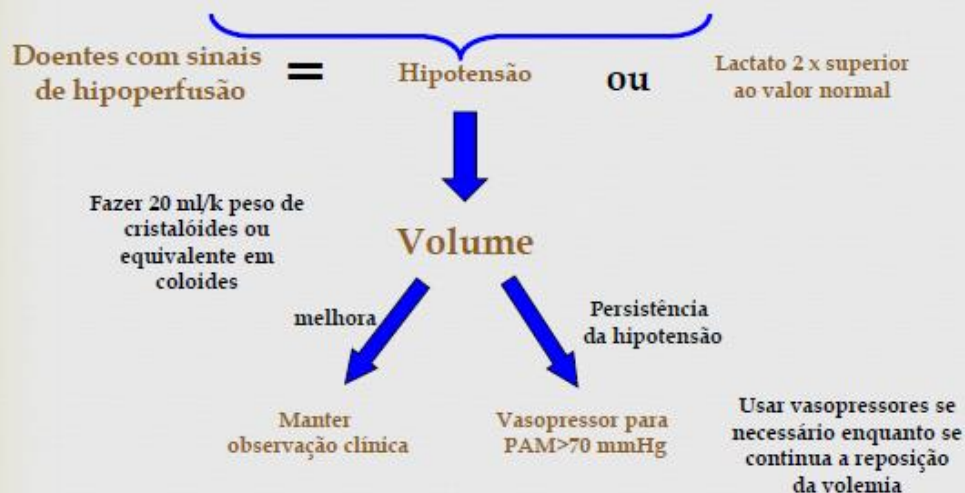
Não adianta corrigir a antibioterapia posteriormente, a mortalidade aumenta a cada hora de atraso no seu início

RECOMENDAÇÃO FORTE (1B)

17

Reposição da Volémia

Pressão arterial sistólica <90 mmHg
Pressão arterial média < 70 mmHg
Redução de 40 mmHg na pressão arterial sistólica



18

Reposição da Volémia

Durante as seis primeiras horas de ressuscitação, os objectivos do tratamento da hipoperfusão induzida pela sepsis devem incluir :

- PVC: 8-12 mmHg
- PAM: ≥ 65 mmHg
- Diurese $> 0,5$ ml/kg/h
- $\text{SatVO}_2 \geq 70\%$

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

19

Reposição da Volémia

Podem ser usados cristalóides ou colóides e não há evidências a favor de um deles

RECOMENDAÇÃO FORTE (1B)

20

Vasopressores

Tanto a noradrenalina quanto a dopamina (dose alfa) podem ser utilizadas como vasopressores

O vasopressor pode ser necessário mesmo quando a hipovolemia ainda não estiver corrigida, ainda que temporariamente em acesso periférico

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

21

Inotrópicos

A dobutamina pode ser utilizada como inotrópico em utentes com disfunção miocárdica

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

22

Transfusão de Concentrado de Eritrócitos

Após resolução da hipoperfusão e na ausência de condições agravantes, só transfundir pacientes com hemoglobina < 7,0 g/dl

RECOMENDAÇÃO FORTE (1B)

23

Surviving Sepsis Campaign **“PACOTES”**

6 horas

Diagnóstico
Colecta de lactato
Culturas/ hemoculturas
ATB na 1 hora
Reposição volêmica
Cateter central
Optimização de PVC
Optimização de SatVO₂
Vasopressor / Inotrópico

24 horas

Corticóides
Pressão platô < 30 cmH₂O
Controlo da glicemia
Proteína C ativada



Surviving Sepsis Campaign

PACOTE DE MANUTENÇÃO

"BUNDLE" 24 HORAS



Pacote de manutenção (24 horas)

- Esteróides em baixas doses
- Ventilação mecânica
- Controlo da Glicémia
- Proteína C activada

26

Uso de corticosteróides

Não utilizar corticosteróides em doentes na ausência de choque séptico

RECOMENDAÇÃO FORTE (1D)

27

Uso de corticosteróides

Sugere-se que hidrocortisona seja utilizada apenas para doentes em choque séptico com resposta clínica inadequada a ressuscitação volémica e drogas vasoactivas

RECOMENDAÇÃO FRACA (2B)

28

Pressão de plateau

Recomenda-se a mensuração de pressão de plateau rotineira e a manutenção dos níveis < 30 cmH₂O

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

A complacência da caixa torácica deve ser considerada.
Doentes respirando activamente geram mais pressão transpulmonar do que aqueles ventilados artificialmente

29

PEEP

Recomenda-se a utilização de PEEP para prevenção do colapso alveolar

RECOMENDAÇÃO FORTE (1C)

Mantenha adequada oxigenação através de acertos na FiO₂ e na PEEP.
Ajuste a PEEP conforme a complacência ou a necessidade de FiO₂
Mantenha FiO₂ para manter PaO₂ $>58-60$ mmHg, SaO₂ $\geq 90\%$
Procure manter a FiO₂ $<60\%$

30

Hiperglicémia no doente crítico

Mecanismos - Resposta endócrino-metabólica ao stress

- Resistência periférica a insulina
- Aumento da produção de glicose pelo fígado
- Diminuição da captação de glicose na periferia

Instituir o protocolo de insulina para a diabetes homologado na instituição, visando manter níveis de glicémia abaixo de 150 mg/dl

31

Controlo da Glicémia

- ❧ Hiperglicemia do stress: Resistência à insulina + aumento da gliconeogénese
- ❧ Principal efeito deletério: infecção (alteração da função imune) e piora da coagulopatia
- ❧ Em doentes com sepsis: 100-140mg/dl

32

Controlo glicémico intensivo

Recomenda-se que doentes com sepsis grave, após estabilização inicial, recebam infusão endovenosa contínua de insulina visando a redução dos níveis glicémicos

RECOMENDAÇÃO FORTE (1B)

33

Recomendações complementares

Decúbito

Recomenda-se que os doentes em Ventilação Mecânica sejam mantidos com a cabeceira elevada para evitar aspiração e pneumonia aspirativa

Recomendação forte (1B)

Sugere-se que a cabeceira seja elevada em 30 a 45°

Recomendação fraca (2C)

34

Recomendações complementares

Desmame de VM

Recomenda-se que os doentes sejam submetidos a tentativas de ventilação espontânea regularmente

Recomendação forte (1A)

Critérios a serem observados:

Nível de consciência adequado

Estabilidade hemodinâmica

Ausência de novas condições clínicas graves

Necessidade de baixos níveis de PEEP e FiO2

35

Medidas de Suporte Gerais

- ❧ Suporte nutricional
- ❧ Tromboprofilaxia
- ❧ Profilaxia de úlcera de stress
- ❧ Coagulopatia da sepsis
- ❧ Controlo da temperatura

36

Suporte Nutricional

Importante para manter a função orgânica, cicatrização, melhorar a função imune, diminuir o risco de infecção

Na sepsis:

Gasto diário de 25 a 30 Kcal/Kg x 0,5 a 2,5

Proteína : 0,6 a 1g/Kg/d., 2 g/Kg/d

Glicose : 30 a 70% das calorias não proteicas

Lipídeos: 15 a 30%

37

Nutrição Enteral x Parenteral Total

☞ Vantagens da nutrição enteral:

- Baixo custo
- Preserva a barreira mucosa
- Tampona o ácido gástrico
- Secreção de hormonas
- Diminui a incidência de infecção
- Melhora a cicatrização
- Evita colocação de catéteres

☞ Aumento da mortalidade com NPT

38

Tromboprofilaxia

30% apresenta TEP

Uso de heparina não fraccionada x heparina de baixo peso molecular

Uso de meias compressivas / compressão pneumática intermitente

39

Profilaxia da Úlcera de Stress

❧ Factores de risco para sangramento do aparelho digestivo

❧ Redução do risco:

❧ Diminuir a secreção ácida (bloq. H2, bomba de prótons)

❧ Tamponamento do ácido (antiácidos)

❧ Protecção da barreira mucosa (sucralfato, Ranitidina)

40

Coagulopatia da Sepsis

Monitorizar a ausência de sangramento

Se sangramento:

transfundir plaquetas

Uso de baixas doses de heparina - ponderar

41

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SEPSIS

O Enfermeiro - posição privilegiada na abordagem ao doente com sépsis desde a sua admissão na pré - triagem, a este profissional caberá a activação da Via Verde Sepsis mediante os critérios pré-estabelecidos

✂ Critérios de Presunção de Infecção

- a) Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)
- b) Dor lombar + (disúria ou polaquiúria)
- c) Dor abdominal ou icterícia
- d) Diminuição aguda do nível de consciência
- e) Cefaleias + vômitos
- f) Sinais inflamatórios cutâneos extensos
- g) Critério clínico responsável

42

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SEPSIS

O Enfermeiro - posição privilegiada na abordagem ao doente com sepsis desde a sua admissão na pré - triagem, a este profissional caberá a activação da Via Verde Sepsis mediante os critérios pré-estabelecidos

Triagem de Manchester + Critérios de SIRS (2 de 3):

- a) Frequência cardíaca > 90 bpm
- b) Frequência respiratória > 20 cpm
- c) Temperatura > 38 ou < 36 °C

43

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SÉPSIS

Via Verde Sepsis

Depois de efectuada a triagem, na fase seguinte:

predominam as intervenções interdependentes,

uma vez que o objectivo é validar o diagnóstico de sepsis.

44

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SÉPSIS

Via Verde Sépsis

Obtidos os resultados de lactato sérico e depois da avaliação dos sinais vitais, o enfermeiro executa algumas das seguintes intervenções:

Executar colheita de produtos biológicos para análise

Cateterizar veia periférica

Inserir cateter urinário

Administrar antibioterapia prescrita

45

Processo de enfermagem - CIPE (os focos de atenção mais frequentes)

❧ febre ou hipotermia

(tendo em conta que ambos podem surgir na sequência da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica);

❧ perfusão de tecidos

(devido à vasodilatação secundária à libertação de múltiplas substâncias pró-inflamatórias e consequente lesão do endotélio vascular, a perfusão tecidual fica comprometida);

46

Processo de enfermagem - CIPE (os focos de atenção mais frequentes)

dispneia em repouso
(devido a falência respiratória)

ansiedade
(transversal a eventos de vida críticos como este)

47

FEBRE

Relacionada com a doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador Hipo - talâmico da temperatura

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Monitorizar temperatura corporal

Temperaturas acima dos 40°C representam risco de crise convulsiva, sendo que acima de 45°C são incompatíveis com a vida

(Swearingen e Keen, 2001)
(Carpenito, 2002).

48

FEBRE (cont.)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Promover arrefecimento corporal

O arrefecimento corporal promovido pela remoção de roupa, banhos tépidos, líquidos EV arrefecidos e lençol de arrefecimento (quando prescrito), contribui para a manutenção de valores inferiores a 40°C e conforto do doente

Gerir a administração de antipirético

Manutenção da temperatura corporal dentro dos valores considerados fisiológicos, para diminuir a sobrecarga cardíaca e o consumo de oxigénio

(Swearingen e Keen, 2001).

49

HIPOTERMIA

Relacionada com doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador hipotalâmico da temperatura

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Monitorizar temperatura corporal

Temperaturas abaixo dos 35°C podem potenciar o desenvolvimento de arritmias fatais

(Carpenito, 2002).

50

HIPOTERMIA

Relacionada com doença e concomitantes efeitos das endotoxinas sobre o centro regulador Hipotalâmico da temperatura

Promover aquecimento corporal

O doente deve manter-se normotérmico. Usar mantas de aquecimento para subir a temperatura corporal, uma vez que os dispositivos de aquecimento podem lesar as células isquémicas dos tecidos periféricos

(Swearingen e Keen, 2001)

51

DISPNEIA EM REPOUSO

Relacionado com alterações da membrana alvéolo – capilar, secundárias a edema intersticial, destruição alveolar e libertação de endotoxinas com activação de cininas e histamina

(Swearingen e Keen, 2001)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Elevar cabeceira do leito

Permite a optimização da ventilação devido à melhor expansão torácica

(McCloskey e Bulechek, 2008).

Manter via aérea permeável

Ajudar o doente a tossir ou aspirar se necessário

(Swearingen e Keen, 2001)

Monitorizar frequência ventilatória

O aumento da frequência ventilatória é um dos primeiros sinais de dificuldade respiratória

(Dellacroce, 2009)

52

DISPNEIA EM REPOUSO (cont.)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Monitorizar Saturação Periférica de Oxigénio (SpO₂)

Permite a avaliação da oxigenação periférica dos tecidos e perceber se o aporte de oxigénio administrado ao doente é adequado

(Bulechek e McCloskey, 2008).

A deficiente SpO₂ pode indicar necessidade de ventilação invasiva

(Swearingen e Keen, 2001).

Vigiar sinais de dificuldade respiratória

Permite detectar Síndrome de Dificuldade Respiratória no Adulto rapidamente, possibilitando o ajuste da terapêutica. A presença de ferveores na auscultação pulmonar pode indicar acumulação de líquidos

Gerir oxigeno terapia

Optimizar a administração de oxigénio de modo a evitar a hipoxia

(Swearingen e Keen, 2001).

53

PERFUSÃO DOS TECIDOS

Diminuição da perfusão cerebral, renal e gastrointestinal, relacionada com hipovolemia, secundária a vasodilatação (fase precoce); interrupção da circulação sanguínea arterial e venosa, secundária a vasoconstrição e à obstrução por trombos (fase tardia)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Avaliar estado de consciência (segundo Escala de Coma de Glasgow)

Indicador da diminuição da perfusão cerebral

Monitorizar Pressão Arterial

A monitorização continua da PA permite detectar perfusão dos tecidos diminuída, sendo manifestações comuns: pressão arterial sistólica diminuída, pressão diastólica normal ou aumentada

Monitorizar tempo de repleenchimento capilar

O tempo de repleenchimento capilar é superior a 2 segundos quando há diminuição da perfusão dos tecidos

(Swearingen e Keen, 2001).

54

PERFUSÃO DOS TECIDOS (cont.)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Monitorizar Pressão Venosa Central (PVC)

A manutenção da PVC entre 8 a 12 mmHg é o objectivo *

Monitorizar Débito Urinário

Avaliação dos sinais de diminuição de perfusão renal indicada por um débito urinário inferior a 0,5 ml/kg/h

Avaliar cor da pele

A cor da pele é pálida ou marmoreada pela diminuição da perfusão

Vigiar sinais de desidratação

Devido à perda de líquidos do espaço vascular, secundária ao aumento da permeabilidade capilar e ao desvio do volume intravascular para os espaços intersticiais

*(ARS Norte, 2009).
(Swearingen e Keen, 2001).

55

ANSIEDADE (pessoa em situação crítica / família)

Relacionada com a ameaça de morte real ou potencial, a alteração do estado de saúde, a ameaça ao autoconceito ou papel, bem como com o facto de se encontrar num ambiente estranho com desconhecidos

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Encorajar a verbalização de sentimentos pela pessoa e pela família

Estabelecimento de uma atmosfera que permita a expressão livre e consequente redução dos níveis de ansiedade

(Swearingen e Keen, 2001)

56

ANSIEDADE (pessoa em situação crítica / família) – (cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Encorajar a verbalização de sentimentos pela pessoa e pela família

Estabelecimento de uma atmosfera que permita a expressão livre e consequente redução dos níveis de ansiedade

(Swearingen e Keen, 2001)

Fornecer apoio emocional à pessoa e família

O simples “permanecer junto” proporciona segurança e bem-estar à pessoa e família

Informar, periodicamente, pessoa e família acerca do seu estado de saúde

O conhecimento sobre a sua evolução reduz os níveis de ansiedade

(Carpenito, 2002). 57

IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS

OBJECTIVOS

- Retorno precoce do cliente às suas atividades habituais
- Reduzir o tempo de internamento hospitalar
- Reduzir os custos do tratamento
- Reduzir o risco relativo de óbito em 5% anualmente

58

IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS (cont.)

INDICADOR DE QUALIDADE

Pacote de Ressuscitação (6h)

- Coleta de lactato sérico
- Coleta da hemocultura antes do início da antibioterapia
- Início de antibióticos de largo espectro nas primeiras horas
- Reposição volêmica agressiva
- Uso de vasopressores para manter PAM > 65 mmHg
- Otimização da PVC e SvO2

59

IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS (cont.)



INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE



Quadro 2 – Indicadores a serem utilizados no protocolo – pacote 6 horas

Indicador	Descrição	Definição
Lactato	Coleta de lactato nas seis primeiras horas	Numerador – número de pacientes que colheram lactato nas seis primeiras horas do diagnóstico Denominador – todos os pacientes com sepse grave/choque séptico
Hemoculturas	Coleta de hemocultura antes de antibioterapia. Culturas colhidas posteriormente a administração de antibiótico não deverão ser computadas	Numerador – número de pacientes que colheram hemocultura antes do início da antibioterapia. Denominador – todos os pacientes com sepse grave/choque séptico
Antibiótico	Administração correta de antibioterapia, considerando-se antibióticos administrados em até 96 horas antes do diagnóstico da sepse grave ou dentro das primeiras 24 horas desse diagnóstico	Numerador – número de pacientes em que a administração de antibioterapia de amplo espectro ocorreu dentro da primeira hora nos pacientes das enfermarias e das UTI e dentro das três primeiras horas de admissão hospitalar Denominador – todos os pacientes com sepse grave/choque séptico
Volume/vasopressor	Infusão de 20 ml/kg peso de cristalóides nas seis primeiras horas de diagnóstico em pacientes com lactato acima de 28 mg/dl ou com pressão arterial média abaixo de 65 mmHg e uso de vasopressores naqueles que permaneceram hipotensos após volume.	Numerador – pacientes que receberam pelo menos 20 ml/kg de cristalóides e vasopressores se necessário para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg Denominador – pacientes com lactato acima de 28 mg/dl ou com pressão arterial média acima de 65 mmHg
Pressão venosa central	Monitorizar e obter pressão venosa central entre 8-12 mmHg para pacientes em ventilação espontânea ou 12-15 mmHg para pacientes em ventilação mecânica naqueles que tinham níveis de lactato acima de 28 mg/dl ou que necessitaram vasopressores para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg.	Numerador – pacientes que obtiveram os níveis mencionados dentro de 6 horas de diagnóstico da disfunção Denominador – pacientes com lactato acima de 28 mg/dl ou que necessitaram vasopressores para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg
Saturação venosa central	Monitorizar e obter saturação venosa central acima de 70% em pacientes que tinham níveis de lactato acima de 28 mg/dl ou que necessitaram vasopressores para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg.	Numerador – pacientes que obtiveram os níveis mencionados dentro de 6 horas de diagnóstico da disfunção Denominador – pacientes com lactato acima de 28 mg/dl ou que necessitaram vasopressores para manter pressão arterial média acima de 65 mmHg

60

SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN

Prezado Dr.(a)


No dia _____ você deu o primeiro atendimento ao paciente _____ em quem foi feito o diagnóstico de sepse grave.


Como você sabe, estamos envolvidos na Surviving Sepsis Campaign, procurando otimizar a nosso atendimento. Por isso, segue abaixo a aderência as medidas preconizadas que você obteve com relação a esse paciente nas seis primeiras horas do atendimento.

() sim () não - Colhido lactato sérico
 () sim () não - Colhido hemocultura antes do antibiótico
 () sim () não - Administrado antibiótico antes de uma hora (ou 3 h se PS)
 () sim () não - Se lactato duas vezes o valor normal ou hipotensão, administrado 30 ml/kg de cristalóide em 30 minutos
 () sim () não - Se manteve hipotensão imediatamente após item anterior iniciado noradrenalina.
 () sim () não - Se manteve hipotensão a despeito de adequada reposição volêmica ou lactato era duas vezes o valor normal, passado acesso venoso central e otimizada PVC > 12 a 15 cmH₂O
 () sim () não - Colhido SvO₂ e obtido valor acima de 70%.

PARABÉNS!!

O atendimento ao paciente séptico é multidisciplinar e todos, TODOS devem estar envolvidos para que nosso objetivo seja atingido!





IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS (cont.)

DIFICULDADES

- Falta de envolvimento do CA e das chefias
- Desconhecimento sobre o assunto
- Desinteresse das equipas envolvidas
- Ausência de infraestrutura adequada

IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS (cont.)

CONCLUSÃO:

A Terapia Precoce Guiada por Metas (EGDT - *Early Goal Directed Therapy*) tem importantes custos iniciais, mas considerando a redução do tempo de permanência e da mortalidade, pode ser econômica para o hospital e associada com projeções favoráveis de custo-efetividade ao longo da vida.

Implementation of early goal-directed therapy for severe sepsis and septic shock: A decision analysis

David T. Huang, MD, MPH; Gilles Clermont, MD, CM, MSc, FCCM; Tony T. Drennon, MPA; Derek C. Angus, MD, MPH, FCCP, FCCM; on behalf of the ProCESS Investigators
Critical Care Medicine 2007

Cost-effectiveness of an emergency department-based early sepsis resuscitation protocol*

Alan E. Jones, MD; Jennifer L. Troyer, PhD; Jeffrey A. Kline, MD

Critical Care Medicine 2011

63

IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS (cont.)

CONCLUSÃO:

O uso de um protocolo de sepsis pode resultar na diminuição da mortalidade, mas também em importante redução de custos para as instituições.

A implementação mais ampla de protocolos de tratamento da sepsis representa uma importante estratégia para otimizar o uso dos recursos e conter gastos.

Economic implications of an evidence-based sepsis protocol: Can we improve outcomes and lower costs?*

Andrew F. Shorr, MD, MPH; Scott T. Micek, PharmD; William L. Jackson Jr, MD; Marin H. Kollef, MD

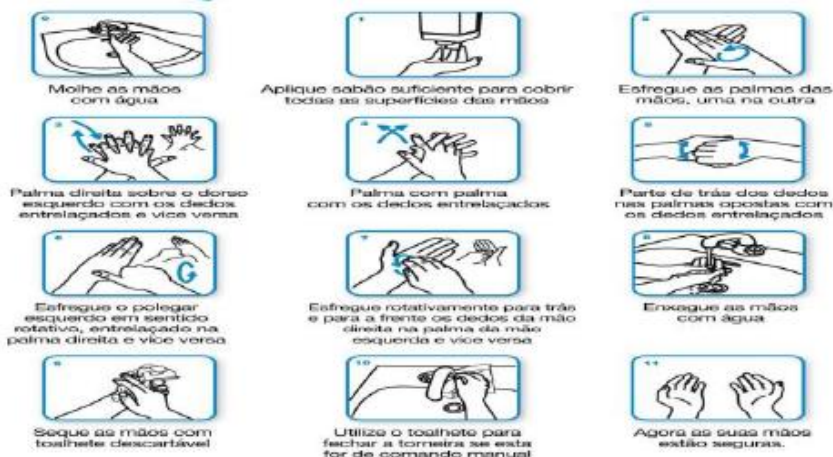
Critical Care Medicine 2007

64

IMPLEMENTAR A VIA VERDE SÉPSIS (cont.)

Lavagem das mãos

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



65

Referência bibliográficas e electrónicas

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2009) - Via Verde Sepsis.

CARPENITO, Lynda Juall (2002) - *Diagnósticos de Enfermagem - Aplicações a la práctica clínica*. Madrid: McGraw - Hill Interamericana.

DELLACROCE, Heather (2009) - Surviving Sepsis: The role of the nurse. RN. N.º 72, (p. 16-21). [On line] Disponível em: <http://web.ebscohost.com/>. Consultado em: 26 de Abril de 2010.

<http://www.socm.org/Pages/default.aspx>

<http://www.sepsisnet.org/Pages/Home.aspx>

<http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

MCCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria (2008) - *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 4.ª Ed. São Paulo: Artmed.

LEVY, M.; FINK, M.; MARSHALL, J.; ABRAHAM, E.; ANGUS, D.; COOK, D.; COHEN, J.; OPAL, S.; VINCENT, J.; RAMSAY, G. 2003. 2001 SCCM / ESICM / ACCP / ATS / SIS / International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Medicine. [On line], 29 (1): 530 - 538. Disponível em: <http://www.esicm.org/data/upload/PDF/08-library/0A-guidelines-recommendations/sepsis/file4.pdf>

R. Phillip Dellinger, Jean M. Carlet, Henry Masur, Herwig, Gerlach, Thierry Calandra, Jonathan Cohen, Juan Gea-Banacloche, Didier Keh, John C. Marshall, Margaret M. Parker, Graham Ramsay, Janice L. Zimmerman, Jean-Louis Vincent and M. M. Levy - *Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock*. Intensive Care Med (2008) 34:17-61. in <http://www.esicm.org/Data/upload/images/file/55C%20Guidelines%202008%20ICM%200934%20full%20ext.pdf>

SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hicks (2001) - *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos - Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4.ª Ed. Camarate: Lusociência.

66

Avaliação da Sessão

Para melhor avaliar a compreensão dos conteúdos da sessão, agradecemos a sua colaboração para responder às seguintes questões.

Assinale com V (verdadeiro) ou F (falso) conforme os conteúdos lecionados:

1 - Devem considerar-se candidatos potenciais para a ativação das orientações Sepsis se **tiverem uma infecção (ou suspeita de infecção)**:

Com uma pressão arterial sistólica (PAS) <90 mm Hg (ou pressão arterial média (PAM) <65 mm Hg)	
A temperatura do núcleo <36°C ou> 38°C	
A frequência cardíaca > 90 batimentos / minuto	
A frequência respiratória > 20 movimentos / minuto	
A contagem de células brancas do sangue <4.000 ou> 12.000 ou> bandas de 10%	
Acompanhada por qualquer um dos seguintes critérios de doença cardíaca aguda, síndrome coronária aguda, edema pulmonar e AVC	
Os antibióticos devem ser ordenados e iniciados dentro de uma hora, com base em orientações do protocolo interno de antibioterapia para doenças infecciosas	

2 - Na prestação de cuidados ao doente com sepsis para prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, é basilar antes de qualquer procedimento:

Higienização das mãos	
Utilização adequada de EPI	
Isolamento do Cliente	

3 – Na VVSEPSIS são atribuições do pessoal de Enfermagem:

Avaliação do Cliente e realização do conjunto de intervenções interdependentes e autónomas ao doente de acordo com o protocolo sépsis.	
Estabelecer dois pontos distintos de acesso IV (acesso adequado permitirá que um fluido em bolus de 500ml ser administrado dentro de 15-20 minutos).	
Obter e enviar colheitas de sangue para análise ao laboratório: hemograma, bioquímica, coagulação, tipagem	
Obter dois conjuntos de culturas de sangue a partir de dois locais separados, antes da administração de antibióticos e com precisão do tempo (hora exata da colheita)	
Um conjunto pode ser obtido no momento da colocação do cateter IV após desinfeção do local conforme a norma de procedimento de colheita de sangue para hemocultura	
Obter urina para cultura.	
Obter cultura de expetoração quando requisitado.	
Realizar monitorização da glicose no sangue (BMT 2/2 h).	
Administrar oxigénio para manter a oximetria de pulso periférico > 91%.	
Inserir cateter de Foley para controlo da diurese no conjunto do balanço hídrico	
Monitorizar os sinais vitais a cada 15 minutos durante a administração de fluidos em bolus, Observar a resposta do doente ao tratamento e registar os resultados	
Iniciar antibióticos dentro de uma hora de ativação Sépsis de preferência logo após a colheita das culturas	

Muito obrigado, pela colaboração.

Amaro Silva Pinto

APÊNDICE Nº 11 - PROPOSTA DE PROTOCOLO VIA VERDE SEPSIS

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------



PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS

Serviço de Urgência do “HAN”

ELABORADO POR:

Amaro Silva Pinto; *Enfª. SU*

Proposta elaborada durante a Pós - licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu na:



M.F.C.A.; *Médico Resp. SU*

Validação do protocolo de antibioterapia empírica e de prescrição de exames complementares de diagnóstico

HOMOLOGADO:

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

1. INTRODUÇÃO

O elevado impacto social da sépsis, reconhecido internacionalmente bem como o reconhecimento da capacidade de influenciar de forma significativa o prognóstico desta situação com uma intervenção adequada e atempada, tornam necessário que os sistemas de saúde se adaptem e respondam de forma apropriada a este problema crescente de saúde.

A eficácia de sistemas de resposta rápida à sépsis tem sido demonstrada em múltiplas publicações recentes, sendo elementos relevantes dos mesmos a identificação e estratificação rápidas dos doentes (triagem), o início de antibioterapia adequada e instituição de protocolos de ressuscitação volémica precoce guiados por objetivos. É na área do choque crítico (sepsis associada a hipoperfusão grave) que o maior impacto dos sistemas de resposta rápida é obtido.

A complexidade das funções desempenhadas, o *stress*, a imprevisibilidade e a elevada tecnologia que caracterizam uma unidade de cuidados de urgência são reconhecidos como fatores indutores de erros do sistema e humanos. A informação, uniformização e o conhecimento exato dos protocolos pela equipa de saúde, permitem reduzir eventos adversos.

Decorrente da *Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO 06/01/2010* urge implementar os procedimentos necessários no Serviço de Urgência e por conseguinte em todo o Hospital e assumir que o doente com Sépsis deverá ser abordado numa filosofia de «Via Verde».

Torna-se também evidente que um forte investimento na formação adequada dos recursos humanos é basilar para o sucesso deste tipo de sistemas.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

No Serviço de Urgência do “Hospital Arte Nova”:

Aplicar a metodologia da Via Verde Sépsis na prestação de Cuidados aos indivíduos, adultos, sujeitos a patologia infecciosa.

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Sensibilizar todos os profissionais que trabalham no Serviço de Urgência sobre a Via Verde Sépsis, em reunião de serviço com formação direcionada obrigatória para todos
2. Sensibilizar dos colaboradores para uma postura responsável e consciente face à problemática, definição dos circuitos internos e normas de procedimentos
3. Implementar a Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência, decorrente da Circular Normativa, cumprindo os algoritmos específicos nas fases definidas
4. Otimizar a identificação de casos suspeitos de sépsis na Triagem de Prioridades pelos Enfermeiros Triadores;
5. Monitorizar sinais/indicadores de provável sépsis no decorrer da prestação de cuidados aos indivíduos internados no Serviço de Urgência;
6. Utilizar os recursos de tecnologia clínica, de diagnóstico, terapêutica, investigação e de suporte geral e existente que minimize o impacto da atividade de prestação de cuidados hospitalares;
7. Cumprir os requisitos legais e regulamentares aplicáveis na sua atividade; de acordo com o conteúdo funcional, as boas práticas, o código deontológico e as normas específicas definidas para o funcionamento do Serviço e da VVS
8. Avaliar a implementação da VVS segundo as orientações da DGS

3. ÂMBITO

Equipa multidisciplinar do SU.

4. REFERÊNCIAS

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO. Este documento está inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros que está publicado no anexo da Lei n. 111/2009 de 16 de Setembro de 2009.

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro -
 Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei
 n.º 104/98, de 21 de Abril

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)*
 Circular Normativa nº1/DQS/DQCO, 06/01/2010.

<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

DOMBROVSKIY V et al.(2006)- Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe
 sepsis in the United States: A trend analysis from 1993 to 2003. *Crit Care Med* 35: 1244-50

Manual-Curso-Sepsis-2011 HUC-Coimbra-1.pdf:<http://pt.scribd.com/doc/49429714/Manual-Curso-Sepsis-2011>

<http://www.sepsisnet.org/Pages/Home.aspx>

<http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

OE (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

OE (2003) Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

REPE - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de
 Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril), [consulta: 3
 Setembro 2012] URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN: <http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE:
www.mycucare.org/support_brochures/pages/sepsis.aspx

5. SIGLAS

AO – Assistente Operacional

“HAN” – Hospital Arte Nova

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de Urgência

Enfº - Enfermeiro

CCI – Comissão de controlo e infeção

6. RESPONSABILIDADES

6.1 Enfermeiro Chefe/Responsável

- Responsável pela Gestão do Serviço e pela gestão de Cuidados de Enfermagem do serviço de urgência
- Supervisionar o cumprimento deste Protocolo
- Identificar, rever e comunicar as situações que requeiram alteração do presente Protocolo

6.2 Enfermeiro Prestador de Cuidados

- Presta cuidados de enfermagem de acordo com o presente Protocolo e as determinadas pelo REPE e pelo ESTATUTO da Ordem dos Enfermeiros e demais legislação em vigor

7. ALGORÍTMO DA VIA VERDE SÉPSIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

7.1 - Introdução

A implementação da Via Verde da Sépsis (VVS) no “Hospital Arte Nova” basear-se-á num protocolo de diagnóstico e tratamento precoces da sépsis, baseado nas recomendações atualmente aceites.

O objetivo deste projeto assenta na necessidade de criar um modelo organizacional que estruture o trabalho dos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes com sépsis, de forma que as

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

recomendações do SSC sejam globalmente adotadas por todos os médicos e enfermeiros que cuidam estes Clientes.

Numa fase inicial a VVS será implementada no Serviço de Urgência, mas à medida que a “cultura” da sépsis se for disseminando pretendemos vê-la aplicada em todos os serviços clínicos do hospital.

7.2 – Algoritmo da VVS no Serviço de Urgência (SU)

O algoritmo da via verde da sépsis dos “HAN” foi elaborado para ser aplicado no SU, a partir do dia 01 de Outubro de 2011 (figura 1).

A organização funcional da VVS inclui todos os médicos e enfermeiros que trabalham no SU, bem como o laboratório de Patologia Clínica – Sector de Bacteriologia.

Numa fase inicial o Médico responsável pela VVS pertence à Equipa da Medicina Interna e será por esta indicado, quando a Equipa inicia o seu trabalho em cada dia. Posteriormente, se assim se entender, o Médico responsável pela VVS poderá pertencer a qualquer outra especialidade presente no SU.

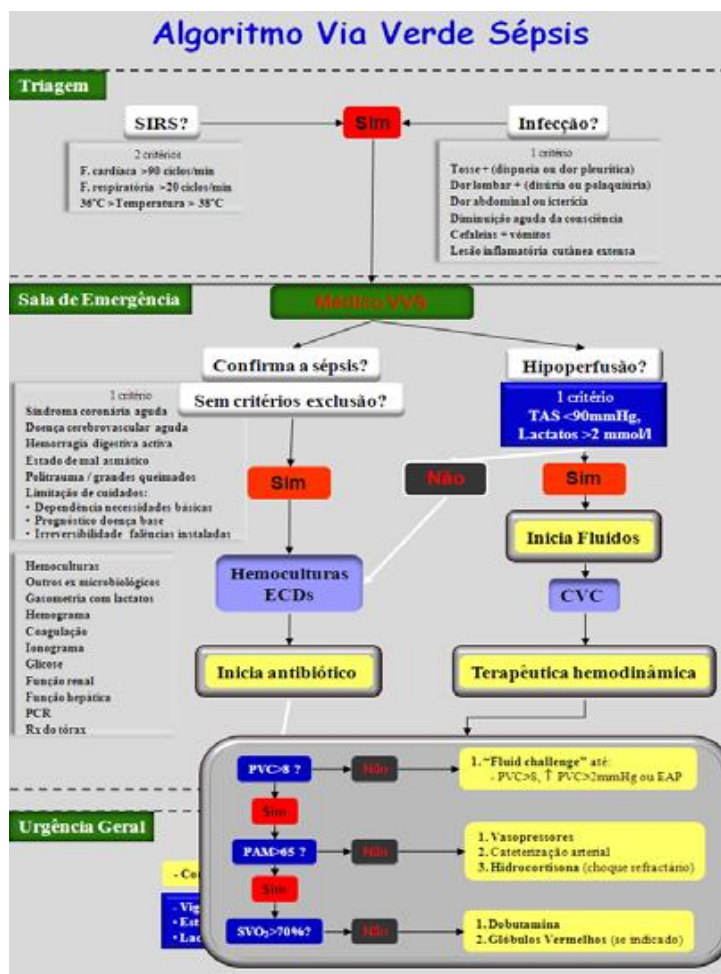


Fig 1 - Vía Verde Sépsis “HAN” (HUC, 2011)

1º Nível: O Enfermeiro responsável pela Triagem de Manchester observa o doente e atribui a cor correspondente ao encaminhamento da Triagem de Manchester. Além disso, pesquisa a presença de **sinais de SIRS** (Frequência cardíaca > 90 ciclos/min; Frequência respiratória > 20 ciclos/min; Temperatura > 38°C ou < 36°C) e de **Sinais de Infeção** (Tosse + dispneia ou dor pleurítica; Dor

lombar + disúria ou polaquiúria; Dor abdominal ou icterícia; Diminuição aguda da consciência; Cefaleias + vômitos; Lesão inflamatória cutânea extensa) (figura.2).

- Se estiverem presentes **2 sinais de SIRS** e **1 sinal de Infecção**, o Enfermeiro confirma a hipótese provável de sépsis, contacta o Médico da VVS e envia o doente para a Sala de Emergência (SE)
- Em caso de dúvida na interpretação dos sinais e sintomas, o Enfermeiro responsável pela VVS deve pedir a colaboração do Médico da VVS.

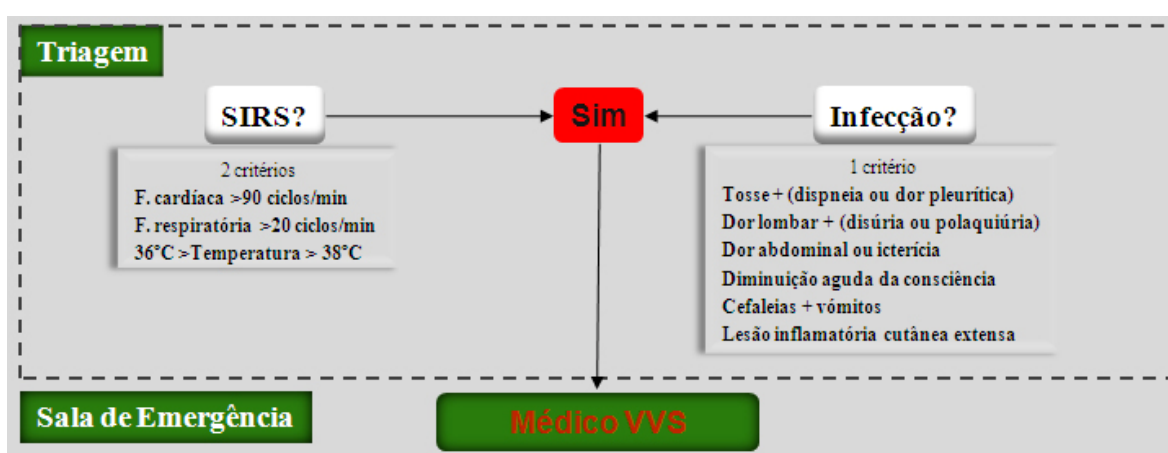


Fig.2 – Via Verde Sépsis – 1º Nível – Triage (HUC, 2011)

2º Nível: O Médico da VVS observa o doente na Sala de Emergência (SE). Após fazer uma avaliação global (inspeção) no sentido de excluir a existência de alguma falência iminente de funções vitais, começa por avaliar a hipótese de sépsis, confirmando (ou não) o diagnóstico. A sépsis estará presente após validação dos Critérios de SIRS e Infecção, agora acrescidos do critério clínico. Na sequência da análise dos indicadores de infecção é determinante que o Médico seja capaz de identificar o foco (pulmão, abdómen, sistema urinário, etc.) e origem da sépsis (comunidade, ou relacionada com cuidados de saúde).

De seguida pesquisa a existência de Critérios de Exclusão (síndrome coronária aguda; doença cerebrovascular aguda; hemorragia digestiva ativa; estado de mal asmático; politrauma ou grande queimado; limitação de cuidados quer por dependência nas necessidades básicas, quer pelo prognóstico da doença base, ou dada a irreversibilidade das falências instaladas). (figura 3)

- Se foi confirmado o diagnóstico de sépsis e não existe nenhum critério de exclusão, o doente tem sépsis e é incluído no algoritmo de tratamento da sépsis – VVS.

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

- Inferir a gravidade provável da sépsis, nesta altura, apenas com base na análise das manifestações clínicas da resposta à inflamação.

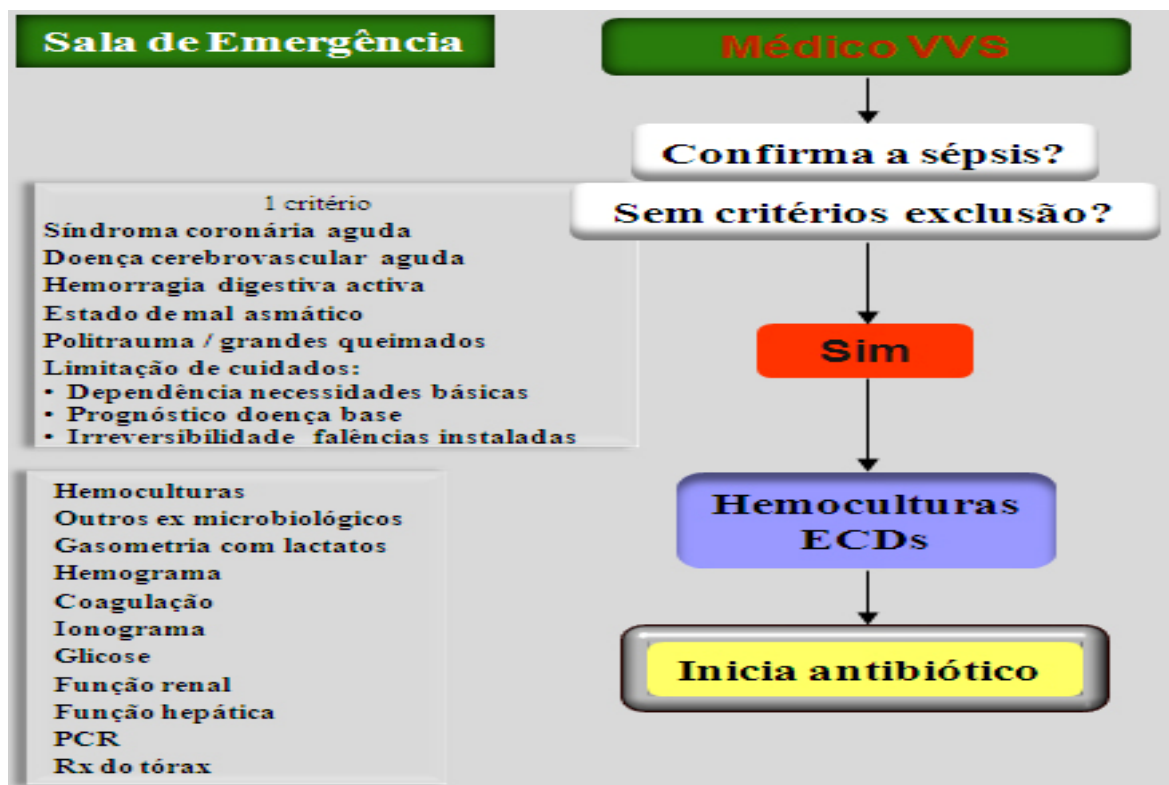


Fig.3 – Via Verde Sépsis – 2º Nível – Sala Emergência (HUC, 2011)

- Uma vez reconhecida a sépsis o médico deve centrar-se em três prioridades absolutas: suporte das funções vitais, otimização do fornecimento de O2 e tratamento da infeção.
- Procede à monitorização das funções vitais e ao pedido de exames complementares Hemoculturas, outros exames microbiológicos, Gasimetria com lactatos, Hemograma, Coagulação, Ionograma, Glicose, Função renal, Função hepática, PCR, Rx do tórax), podendo incluir outros exames, caso os considere necessários. Após colheitas de sangue, o doente permanecerá com cateter na veia periférica, para administração de antibióticos e fluidos. Nesta fase (a menos que haja contraindicações), os doentes iniciam O2 - 3L/min, Ionosteril simples ≥ 42 cc/h e antipirético se temperatura $> 38,5^{\circ}\text{C}$.
- De seguida, prescreve a antibioterapia empírica indicada para o foco provável de infeção e origem da sépsis, de acordo com o protocolo de antibioterapia da VVS para o SU (ver tabela – Anexo nº 1).

"HAN" – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

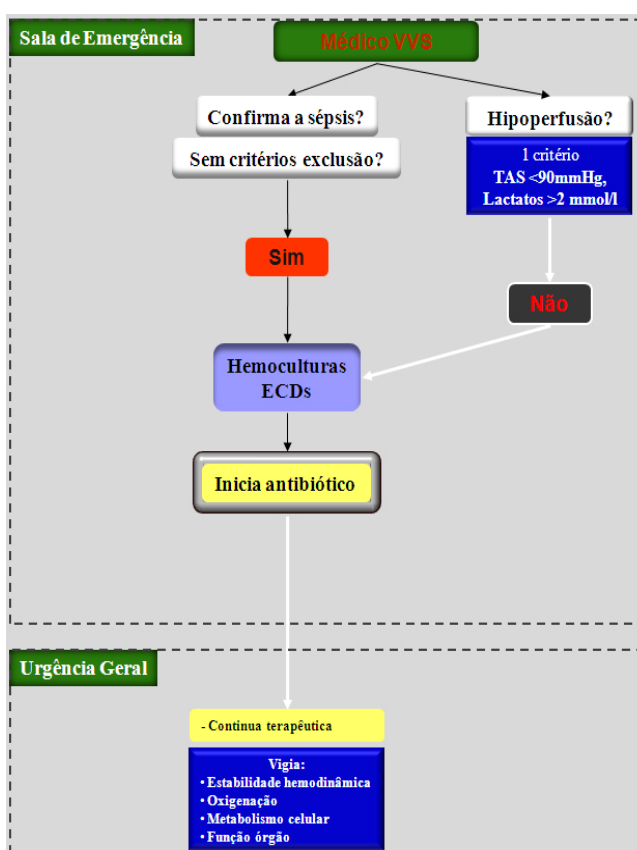
Simultaneamente decide da indicação de executar técnicas de controlo do foco séptico e assegura que são efetuadas.

- O antibiótico deve ser administrado dentro dos primeiros 30 minutos após a triagem para a VVS.
- O protocolo de antibioterapia empírica da VVS foi elaborado com a especificidade de ser utilizado como 1ª linha nos doentes com sépsis, pelo que todas as formulações são endovenosas.
- A vigilância epidemiológica e adequação da terapêutica empírica serão levadas a cabo periodicamente pelo Laboratório de Patologia Clínica – Sector de Bacteriologia. O protocolo de antibioterapia empírica será alterado de acordo com esta informação, sempre que se justificar.

3º Nível: Paralelamente aos procedimentos descritos no nível anterior, observa sistematicamente o doente pela metodologia "ABCDE" e decide o tratamento de suporte, decorrente dessa avaliação.

- O passo determinante neste nível é a análise da presença de **hipoperfusão** (figura 4)
- Define-se como hipoperfusão a presença de pressão arterial sistólica <90mmHg, ou lactatos > 2 mmol/l

Fig.4 – Via Verde Sépsis – 3º Nível – Sem sinais de hipoperfusão (HUC, 2011)



- Se o doente não tem nenhum critério de hipoperfusão, será transferido para a área do SU que lhe corresponde de acordo com a indicação da Triagem de Manchester. A saída da Sala de Emergência acontece após terem sido colhidas as bacteriologias e administrada a primeira dose de antibiótico endovenoso.

- A vigilância do doente e orientação posterior será da responsabilidade dos médicos da área da Urgência para onde o doente foi transferido.

4º Nível: Se o doente tem hipoperfusão (TAS <90mmHg, ou lactato > 2 mmol/l), começar por aumentar o ritmo de perfusão do Ionosteril simples (≥ 126 cc/h) e colocar cateter venoso central, após o que inicia reposição de volume com colóides ou cristalóides. O cateter central assegurará a velocidade elevada de perfusão de fluidos, bem como a medição da PVC e da SvcO₂ (figura 5 e 6).

O objetivo da terapêutica precoce da hipoperfusão é a correção da diminuição de O₂, antes da descompensação

- Estão, agora, reunidas as condições para iniciar o protocolo de terapêutica hemodinâmica, adaptado da abordagem "early goal-directed therapy" (figura 6).
- Começar por avaliar a **PVC**, se < 8 mmHg, fazer “fluid challenge” de colóides 500 ml em 30 min, ou cristalóides 1000 ml em 30 min, mantendo a perfusão enquanto houver aumento da PVC >2mmHg, ou até PVC >8 e antes do doente ter sinais de edema pulmonar. Reavaliar a cada 10 minutos.

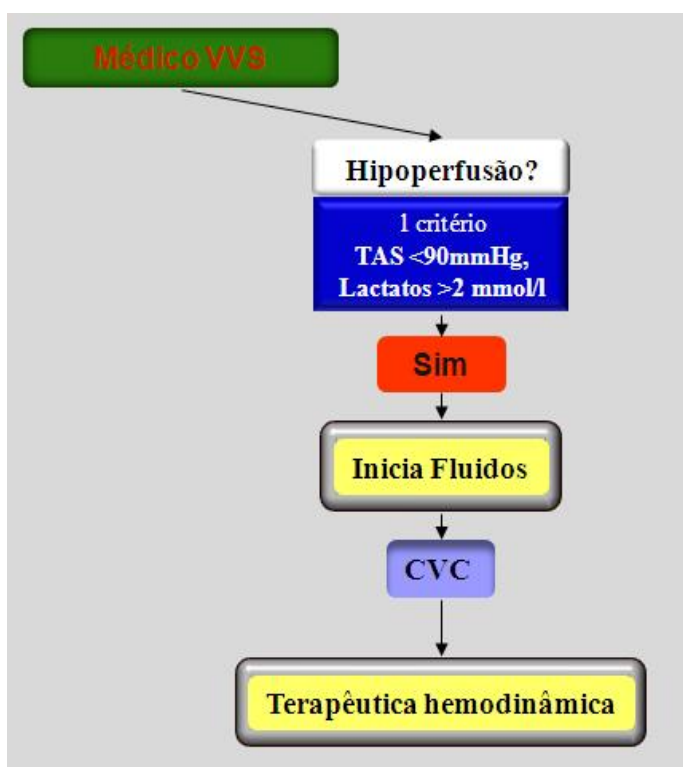


Fig.5 – Via Verde Sépsis – 4º Nível – Com sinais de hipoperfusão (HUC, 2011)

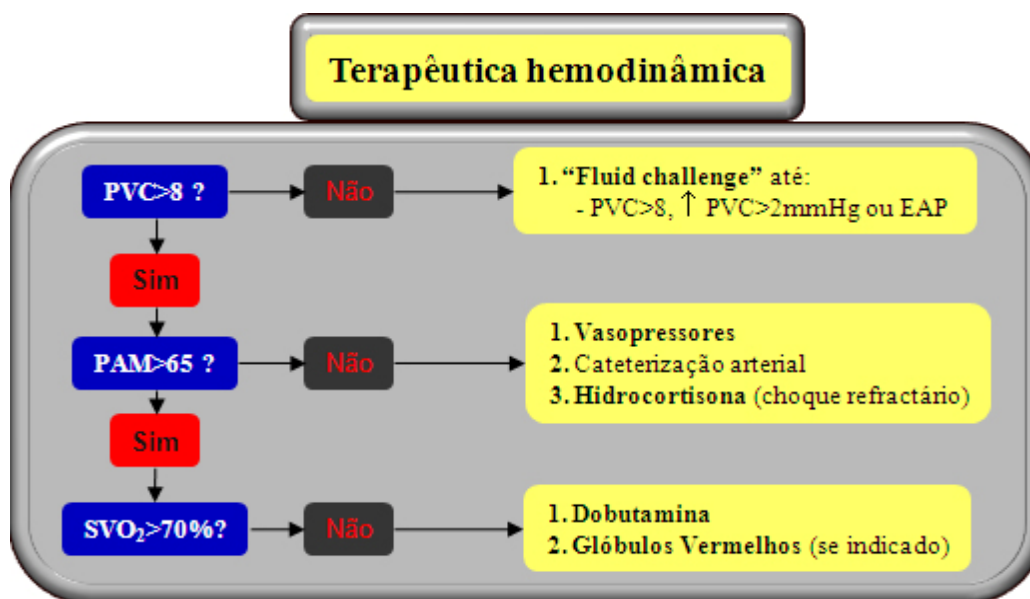


Fig.6 – Via Verde Sépsis – 4º Nível – Terapêutica Hemodinâmica (HUC, 2011)

- Se o doente tem **PAM <65mmHg** e PVC 8-12mmHg, ou a ressuscitação com volume é incapaz de melhorar a perfusão, iniciar aminas vasopressoras Dopamina até 5 µg/Kg/min ou Noradrenalina até 0,1 g/Kg/min e colocar cateter arterial. Reavaliar a cada 10 minutos.
- Se a PAM se mantém <65mmHg, aumentar a dose do vasopressor até atingir a dose de Dopamina de 10 µg/Kg/min, ou Noradrenalina de 0,5 µg/Kg/min. Nesta altura associar a segunda amina vasopressora.
- Se necessário aumenta aminas até à dose máxima (Dopamina até 15 µg/Kg/min, Noradrenalina até 1 µg/Kg/min)
- Se o doente adequadamente preenchido, mantiver choque refratário à associação de vasopressores, administrar bólus de Hidrocortisona 300 mg IV, mantendo a dose de 300mg diários repartidas em 2 ou 3 tomas.
- De seguida heparinizar uma seringa e com ela colher sangue na via distal do cateter central para análise da saturação venosa central de oxigénio (SvcO2). Quando a **ScvO2** permanece <70% após otimização dos fluidos intravenosos e terapêutica vasopressora, está indicada terapêutica inotrópica com Dobutamina. Iniciar a administração de dobutamina por uma dose de 2,5 µg/kg/minuto, aumentar a dose 2,5 µg/kg/minuto a cada 30 minutos até que SvcO2 ≥70%, ou até à dose máxima de 20 µg/kg/minuto.

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

- Em doses baixas a dobutamina pode causar diminuição da pressão arterial pois é vasodilatadora. No entanto, com o aumento da dose a pressão arterial geralmente aumenta, porque o débito cardíaco aumenta em maior proporção que a queda da resistência vascular. No entanto a dobutamina deve ser reduzida ou interrompida se a PAM se mantiver <65 mmHg, ou se a frequência cardíaca > 120 batimentos/min.
- Se apesar da terapêutica agressiva o doente mantém hipoperfusão persistente e falência de órgãos progressiva, reavaliar a adequação da terapêutica efetuada, bem como a precisão do diagnóstico e a possibilidade de complicações (por exemplo, pneumotórax pós colocação CVC), ou a coexistência de outros problemas.

5º Nível: É agora oportuno **Rever** e integrar a informação clínica, **Resolver** no sentido de decidir a orientação, definir os parâmetros a **Reavaliar** e fazer os **Registos**, resumindo o caso clínico para transferência de responsabilidade.

- **Rever** e integrar
 - A história clínica, os antecedentes pessoais, a história medicamentosa e pedir o Processo Único
 - Os resultados da investigação laboratorial e radiológica
 - A tabela terapêutica
 - A evolução dos objetivos hemodinâmicos: **PVC 8-12 mmHg, PAM ≥65 mmHg, SvcO2 ≥70%, Diurese ≥0,5 ml/kg/h**
 - A evolução dos indicadores da disfunção de órgãos: Cálculo do **SOFA (PaO2/FiO2 + Vasopressores + Creatinina + Plaquetas + Bilirrubina + Escala Glasgow)**
- **Resolver** - decidir a orientação

O doente poderá permanecer na Sala de Emergência por um período máximo de 3 horas. Prevê-se que na maioria dos casos a orientação ocorrerá naturalmente antes desse prazo, nos restantes, será o limite do tempo a impor esta decisão.

- Se as medidas adotadas estabilizaram o doente e os objetivos de restaurar a perfusão e ScvO2 > 70% foram atingidos, então o doente deve continuar sob vigilância dos seus parâmetros clínicos e laboratoriais, podendo ser transferido da Sala de Emergência e

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

orientado, idealmente para uma Unidade de Cuidados Intermédios, ou na ausência desta para o internamento.

- Se o doente necessita de manter vigilância ou terapêutica hemodinâmica, deverá ser transferido para a UCI.
- Em qualquer nível do algoritmo deve ser pedida a observação da Medicina Intensiva se o doente tiver falência circulatória sem resposta à terapêutica instituída, se necessita de suporte ventilatório, ou caso o médico da VVS assim o entenda.
- **Reavaliação regular:** quanto mais grave for a situação clínica, maior é a premência em monitorizar e vigiar as funções vitais, de forma criteriosa e contínua, nomeadamente:
 - **Oxigenação** – SatO₂, PaO₂, Hemoglobina, Hematócrito e trabalho respiratório
 - **Débito cardíaco** – PAM, PVC, Tempo de Preenchimento Capilar, Pulso, Frequência e ritmo cardíacos (ECG)
 - **Metabolismo celular** – Lactatos séricos, pH, BE, SvcO₂
 - **Função dos órgãos** – estado de consciência (Escala Glasgow); mucosas pálidas; pele marmórea; extremidades frias; débito urinário $\geq 0,5$ ml/kg/hora e creatinina; contagem de plaquetas; bilirrubina sérica e enzimas hepáticas.
- **Registar e resumir:** Fazer registos clínicos com indicação da observação, diagnóstico, tratamento e resposta à terapêutica. Concluir resumindo objetivamente os dados essenciais, para apresentar ao médico e enfermeiro que receberá o doente aquando da transferência de responsabilidade deste.

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJETIVOS	2
3. ÂMBITO	3
4. REFERÊNCIAS	3
5. SIGLAS	4
6. RESPONSABILIDADES	5
6.1 Enfermeiro Chefe/Responsável	5
6.2 Enfermeiro Prestador de Cuidados	5
7. ALGORÍTMO DA VIA VERDE SÉPSIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	5
7.1 Introdução	5
7.2 Algoritmo da VVS no Serviço de Urgência (SU)	6

ANEXO Nº 1 – TABELAS DE ANTIBIOTERAPIA E DROGAS VASOPRESSORAS

ANEXO Nº 2 – POSTERS

ANEXO Nº 3 - FICHA DE TRIAGEM da VIA VERDE SÉPSIS E CHECK-LIST

ANEXO Nº 4 – ORIENTAÇÕES VIA VERDE SÉPSIS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANEXO Nº 5 – BASE DE DADOS DA VVS

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

ANEXO Nº 1 - TABELAS DE ANTIBIOTERAPIA E DROGAS VASOPRESSORAS

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

TABELA DE ANTIBIOTERAPIA (HUC, 2011)

Pneumonia		
Adquirida na Comunidade (PAC)	Tratamento empírico	Tratamento alternativo
Gravidade baixa (CURB65 0 ou 1)	Amoxicilina /Ác.Clavulânico 2,2 g IV 3id	Azitromicina 500mg IV id
Gravidade moderada (CURB65 2)	Amoxicilina /Ác. Clavulânico 2,2 g IV 3id + Azitromicina 500 mg IV id	Ciprofloxacina 400mg IV 2id
PAC Grave (PSI V; CURB65 3 a 5)	Amoxicilina /Ác. Clavulânico 2,2 g IV 3id+ Azitromicina 500mg IV id	Cefotaxima 2g IV 3id + Ciprofloxacina 400mg IV 2id
Associada Cuidados Saúde	Tratamento empírico	
Risco <i>Pseudomonas</i> ³	Piperacilina/tazobactam 4.5g 6/6h + Ciprofloxacina 400mg IV 2id	
Se Infecção por SAMR	+ Vancomicina dose carga: 1g em 100cc SF, depois 2g IV id perfusão continua	
Pneumonia Aspiração	Amoxicilina /Ác. Clavulânico 2,2gr IV 3id	
Empiema	Amoxicilina /Ác. Clavulânico 2,2gr IV 3id + Metronidazol 15 mg/Kg bólus + 7.5 mg/kg 6/6 h	

³ Risco *Pseudomonas* lesão estrutural pulmão; fibrose quística; Antibioterapia largo espectro há < 1 mês

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

Pneumonia Nosocomial	Tratamento empírico
Precoce: < 5 dias	
Sem antibioterapia prévia (<15 dias)	Amoxicilina /Ác.Clavulânico 2,2 g IV 3id
Com antibioterapia prévia	Piperacilina/tazobactam 4.5g 6/6h + Ciprofloxacina 400mg IV 2id
Tardia: ≥ 5 dias	
Sem antibioterapia prévia (<15 dias)	Piperacilina/tazobactam 4.5g 6/6h + Ciprofloxacina 400mg IV 2id
Com antibioterapia prévia	Piperacilina/tazobactam 4.5g 6/6h + Ciprofloxacina 400mg IV 2id + Vancomicina 30mg/kg id
Infeção Intra-Abdominal	
Adquirida	Tratamento empírico
Comunidade	Cefuroxima 750 mgIV 6/6h + Metronidazol 15 mg/Kg bólus + 7.5 mg/kg 6/6 h
Nosocomial Antibioterapia largo espectro <1 mês	Ciprofloxacina 400 mg IV2id + Metronidazol 15 mg/Kg bólus + 7.5 mg/kg 6/6 h
ITU	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Cistite simples	TMP–SMX (DS) 160800 IV 2id
Pielonefrite não complicada	Ofloxacina 200 mg IV 2id
ITU complicada urossépsis	Ciprofloxacina 400mg IV 2id
Grávida	Cefotaxima 2 g IV id + Aztreonam 2 g IV 6/6h
Prostatite	Ampicilina 2gr IV 4/4 h + Gentamicina 7mg/kg/dia IV
SNC	

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

Tipo de infecção	Tratamento empírico
Meningite bacteriana	Cefotaxima 2 gr 4/4 h IV + Dexametasona 10 mg IV 6-6h
Se risco de Listeria	+ Ampicilina.2gr IV 4/4 h
Neurocirurgia / TCE	Vancomicina dose carga: 1g em 100cc SF, depois 2g IV id perfusão continua
Abcesso cerebral	Cefotaxima 2gr 4/4 h + Metronidazol. 15 mg/Kg bólus + 7.5 mg/kg 6/6 h
Encefalite aguda (herpética)	Aciclovir 10 mg/Kg IV 8/8 horas
Pele e Tecidos Moles	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Fasceíte necrosante (provável MRSA)	Penicilina G 24 UM IV id + Gentamicina 7mg/kg/dia IV + Clindamicina 900 mg IV 8/8h Vancomicina dose carga: 1g em 100cc SF, depois 2g IV id perfusão continua
Endocardite Bacteriana	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Válvula nativa = Prótese valvular > 1 ano	Amoxicilina /Ác.Clavulânico 2,2 g IV 4id + Gentamicina 3mg/kg/dia IV
Alérgico β lactâmicos	Vancomicina 30mg/kg/id IV + Gentamicina 3mg/kg/dia IV + Ciprofloxacina 400 mg IV 2id
Prótese valvular < 1 ano	Vancomicina 30mg/kg/id IV + Gentamicina 3mg/kg/dia IV + Rifampicina 600mg PO 2id
Próteses Ortopédicas	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Com ferida aberta	Flucloxacilina 12 gr IV id + Rifampicina 900 mg/d

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

Sem ferida aberta	Penicilina G 30 MU IV id
Sepsis Relacionada com Cateteres Intravasculares	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Suspeita de infecção	Vancomicina 30mg/kg/id IV + Cefotaxima 2g IV 3id
Relacionada com CVC	Retirar CVC imediatamente se: Infecção local purulenta; Sinais de sepsis grave ou choque séptico; Fatores de risco como a imunossupressão e valvulopatia; Forte suspeita de infecção
Implantes Vasculares	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Infecção de prótese vascular	Vancomicina 30mg/kg/id IV + Cefotaxima 2g IV 3id - duração pode ir até 4-6 semanas. Remoção da prótese, ou do implante
Sepsis Sem Focalização	
Tipo de infecção	Tratamento empírico
Comunidade-sepsis	Ciprofloxacina 400mg IV 2id
Comunidade-choque Nosocomial / ACS	Imipenem 1g IV 8/8h + Vancomicina 30mg/kg/id IV
Neutropénicos	
Condição do doente	Tratamento empírico
Doentes de Baixo Risco	Amoxicilina /Ác.Clavulânico + Ciprofloxacina 400 mg IV 2id
Doentes de Alto Risco:	Piperacilina/tazobactam 4.5g 6/6h
• Neutropenia febril + sepsis grave ou choque séptico	+ Gentamicina 7 mg/kg/dia IV

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • (?) Pseudomonas aeruginosa, Gram - multirresistentes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis grave/choque séptico • Infecção da pele e tecidos moles • Infecção relacionada CVC • Hemoculturas Gram+ + incidência multirresistentes 	+ Vancomicina 30mg/kg/id IV
<ul style="list-style-type: none"> • Mucosite necrotizante; sinusite; abscesso periodontal e peri rectal; celulite; infecção pélvica ou intra-abdominal; colite necrotizante; bacteriemia a anaeróbio 	+ Clindamicina 900 mg IV 8/8h
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção do trajeto subcutâneo, • Infecção recorrente • Embolização séptica • Ausência resposta com 2-3 dias de antibioterapia; • Sepsis grave/choque séptico; • Micobactérias atípicas, candidemia e bacteriemia 	Retirar CVC de longa duração
<ul style="list-style-type: none"> • Clinicamente mal, febril e neutropênico ao 5º- 7º dia • Endoftalmite, sinusite ou pneumonia • Febril após recuperação dos leucócitos 	+ Fluconazol 400 mg IV 2id - se fez profilaxia com este fármaco, se sinusite ou pneumonia com probabilidade de Aspergillus ou de Candida não albicans: Caspofungina 70mg IV dia
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência clínica ou laboratorial de doença viral • Não existe indicação para o uso empírico 	+ Aciclovir 10 mg/Kg IV 8/8 horas

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Não está recomendado uso por rotina • Neutropenia grave e prolongada com sépsis • Grave/choque séptico (pneumonia, sinusite e celulite graves) ou com infecção fúngica sistêmica 	Idem + Fatores de estimulação de colónias
--	--

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

TABELA DE DROGAS VASOPRESSORAS (HUC, 2011)

Dopamina (400 mg/50cc G5% 8 mg/ml)							
Peso Kg	2,5	5	7,5	10	12,5	15	µg/kg/min
40	0,8	1,5	2,3	3,0	3,8	4,5	ml/h
50	0,9	1,9	2,8	3,8	4,7	5,6	
60	1,1	2,3	3,4	4,5	5,6	6,8	
70	1,3	2,6	3,9	5,3	6,6	7,9	
80	1,5	3,0	4,5	6,0	7,5	9,0	
90	1,7	3,4	5,1	6,8	8,4	10,1	
100	1,9	3,8	5,6	7,5	9,4	11,3	

Noradrenalina (15mg/50cc G5%= 300µg/ml)												
Peso Kg	0,05	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	µg/kg/min
40	0,4	0,8	1,6	2,4	3,2	4,0	4,8	5,6	6,4	7,2	8,0	ml/h
45	0,5	0,9	1,8	2,7	3,6	4,5	5,4	6,3	7,2	8,1	9,0	
50	0,5	1,0	2,0	3,0	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	
55	0,6	1,1	2,2	3,3	4,4	5,5	6,6	7,7	8,8	9,9	11,0	
60	0,6	1,2	2,4	3,6	4,8	6,0	7,2	8,4	9,6	10,8	12,0	
65	0,7	1,3	2,6	3,9	5,2	6,5	7,8	9,1	10,4	11,7	13,0	
70	0,7	1,4	2,8	4,2	5,6	7,0	8,4	9,8	11,2	12,6	14,0	
75	0,8	1,5	3,0	4,5	6,0	7,5	9,0	10,5	12,0	13,5	15,0	
80	0,8	1,6	3,2	4,8	6,4	8,0	9,6	11,2	12,8	14,4	16,0	
85	0,9	1,7	3,4	5,1	6,8	8,5	10,2	11,9	13,6	15,3	17,0	
90	0,9	1,8	3,6	5,4	7,2	9,0	10,8	12,6	14,4	16,2	18,0	
95	1,0	1,9	3,8	5,7	7,6	9,5	11,4	13,3	15,2	17,1	19,0	
100	1,0	2,0	4,0	6,0	8,0	10,0	12,0	14,0	16,0	18,0	20,0	

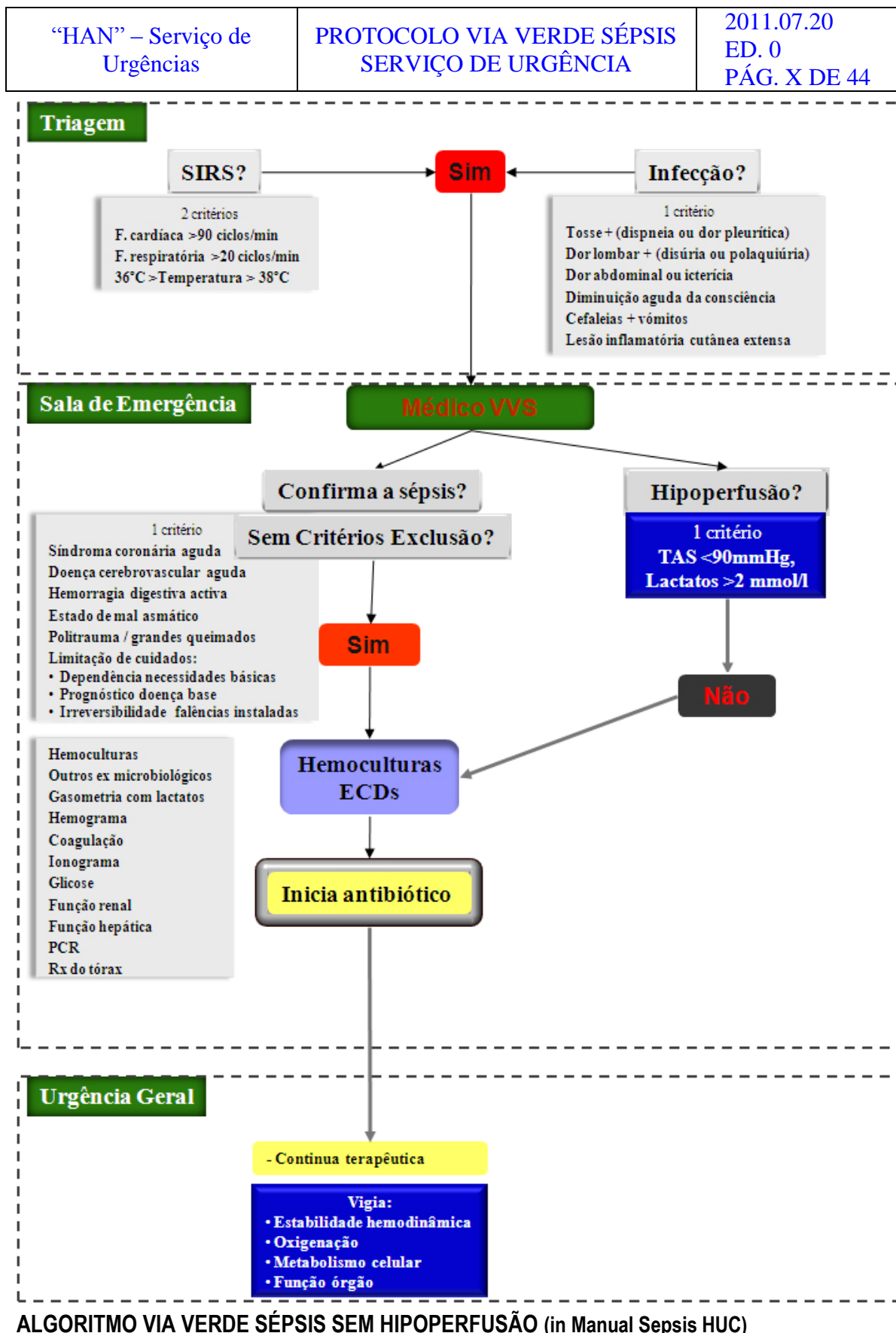
“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

Dobutamina (500 mg/50cc G5% - 10 mg/ml)								
Peso Kg	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	µg/kg/min
40	0,6	1,2	1,8	2,4	3,0	3,6	4,8	ml/h
50	0,8	1,5	2,3	3,0	3,8	4,5	6,0	
60	0,9	1,8	2,7	3,6	4,5	5,4	7,2	
70	1,1	2,1	3,2	4,2	5,3	6,3	8,4	
80	1,2	2,4	3,6	4,8	6,0	7,2	9,6	
90	1,4	2,7	4,1	5,4	6,8	8,1	10,8	
100	1,5	3,0	5,5	6,0	7,5	9,0	12,0	

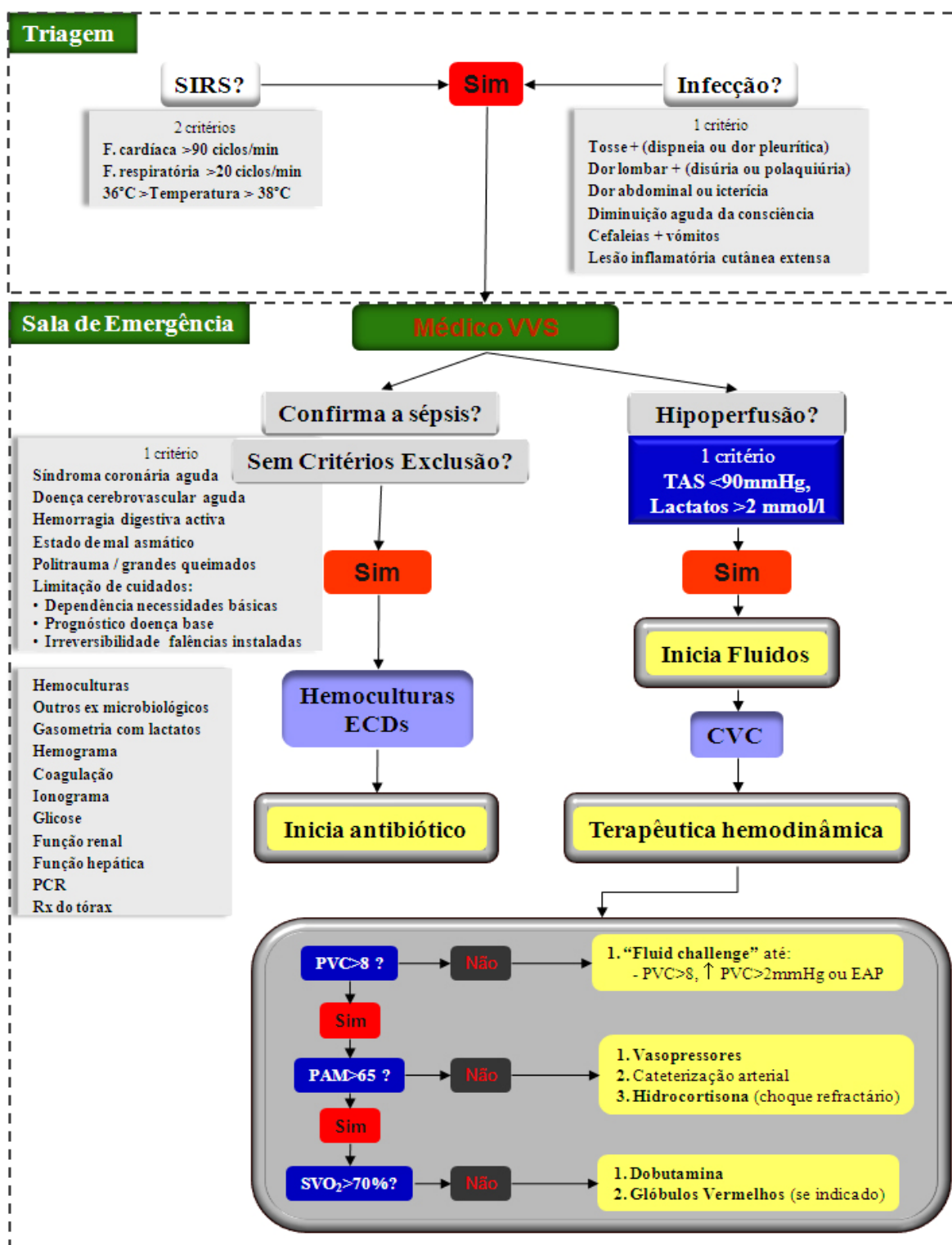
PAM	PVC
$PAM = [PAS + (PAD \times 2)] / 3$	Medição PVC com régua = cmH2O
	1 mmHg = 1,36 cmH2O (1 cmH2O = 0,74 mmHg)
	8 a 12 mmHg = 11 a 16 cmH2O

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

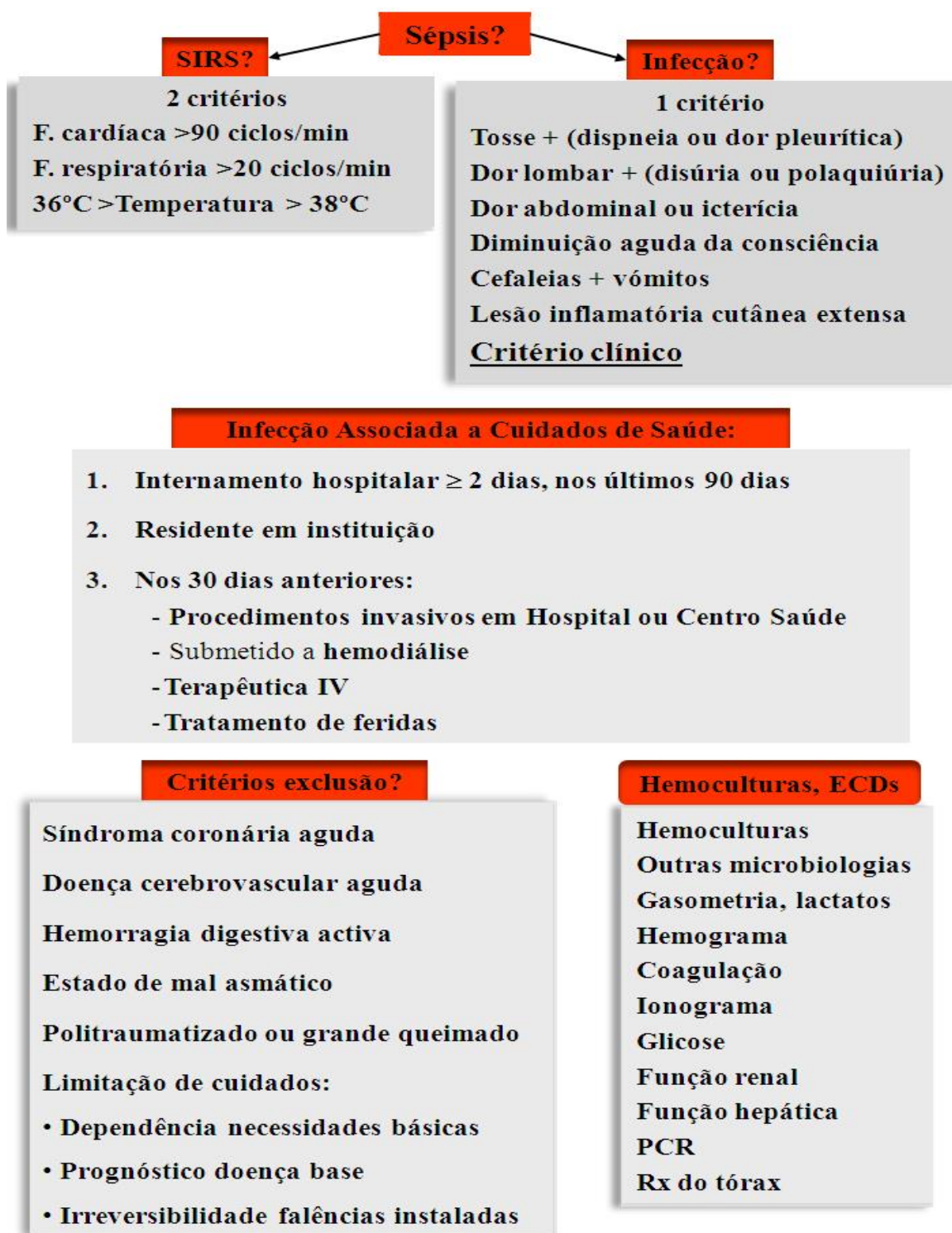
ANEXO Nº 2 - POSTERS



ALGORITMO VIA VERDE SÉPSIS SEM HIPOPERFUSÃO (in Manual Sepsis HUC)



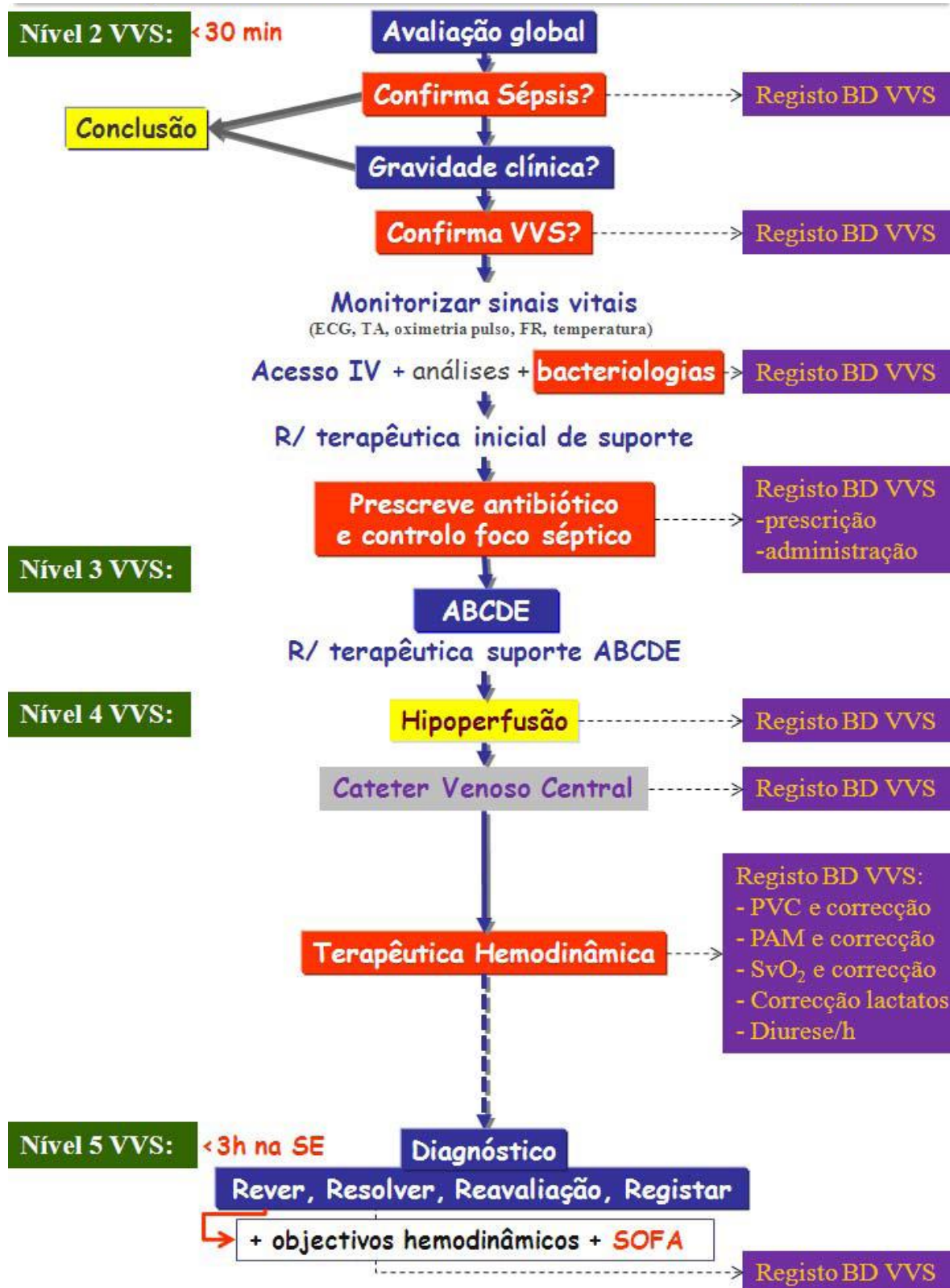
ALGORITMO VIA VERDE SÉPSIS COM HIPOPERFUSÃO (in Manual Sepsis HUC)



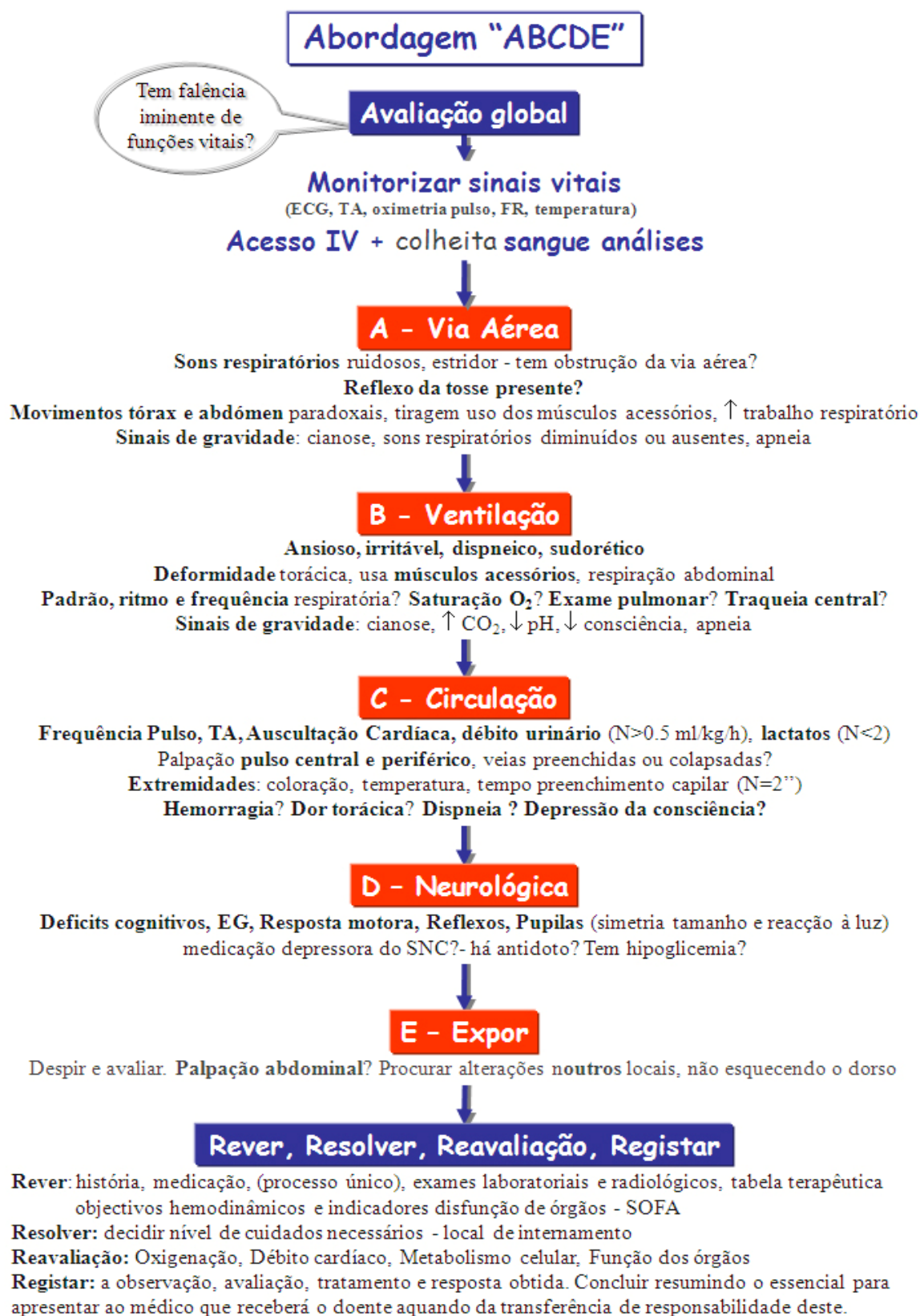
CRITÉRIOS (SEPSIS, IACS, EXCLUSÃO) E EXAMES COMPLEMENTARES VVS

(Surviving Sepsis Org)

"HAN" – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------



ESTRUTURA VVS (Surviving Sepsis Org)



ABORDAGEM VVS (Surviving Sepsis Org)

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

ANEXO Nº 3 – FICHA DE TRIAGEM da VIA VERDE SÉPSIS E CHEK-LIST



DADOS DO CLIENTE

CAMA: _____

LOCAL DE INTERNAMENTO:

VINHETA (DADOS
DO CLIENTE)

TRIAGEM - ENFERMAGEM 1

CLIENTE APRESENTA UM OU MAIS DOS SINAIS DE SIRS ABAIXO?

- ☐ Hipertermia > 38,3° C ou hipotermia <35° C
- ☐ Taquipnéia > 20 ipm
- ☐ Leucocitose > 12000, leucopenia <4000 ou desvio esquerdo > 10%
- ☐ Taquicardia > 90 bpm

E CLIENTE APRESENTA UM OU MAIS DOS SINAIS ABAIXO?

- ☐ Oligúria
- ☐ Hipotensão
- ☐ Diminuição do nível de consciência
- ☐ Dispnéia ou dessaturação

SALA DE EMERGÊNCIA - Acionar equipa médica/Medicina Interna:

Nome do médico chamado _____ Hora: ____:____

AVALIAÇÃO MÉDICA 1 – CLIENTE APRESENTA HISTORIA SUGESTIVA DE INFEÇÃO?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/Empiema | <input type="checkbox"/> Infecção por prótese |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Infecção óssea/articular |
| <input type="checkbox"/> Infecção abdominal aguda | <input type="checkbox"/> Infecção de ferida operatória |
| <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Infecção de corrente sanguínea associada a cateter |
| <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Outras infeções: |
| | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pele e partes moles | <input type="checkbox"/> Sem foco definido |

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

AVALIAÇÃO MÉDICA 2 – HÁ ALGUM SINAL DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA? (Não considerar aqueles relacionados ao local de infecção ou secundário a uma doença crônica)

- ☐ PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg
- ☐ Queda de PA > 40 mmHg
- ☐ Creatinina > 2,0 mg/dl ou diurese menor que 0,5ml/Kg/h nas últimas 2 horas
- ☐ Bilirrubina > 2mg/dl
- ☐ Contagem de plaquetas < 100.000
- ☐ Lactato > 28 mg/dl
- ☐ Coagulopatia (RNI > 1,5 ou TTPA > 60 seg)
- ☐ Relação PaO₂/FiO₂ <300 ou necessidade de O₂ para manter SpO₂ > 90
- ☐ Diminuição do nível de consciência

Data e hora da primeira disfunção orgânica: ____/____/____ as ____:____

AVALIAÇÃO MÉDICA 3 – O CLIENTE APRESENTA CRITÉRIOS PARA:

- ☐ Sépsis grave
- ☐ Choque séptico
- ☐ Afastado Sépsis grave/choque séptico
- ☐ Sépsis grave/choque séptico em cuidados paliativos

Data e hora do atendimento médico: ____/____/____ as ____:____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

Nº da ORDEM: _____

ENFERMEIRO: _____

Nº da ORDEM: _____

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------



CHECK-LIST

(Requisitos para despiste de Sepsis)

- () Colhido Sangue para doseamento de lactato sérico
- () Colhido Sangue para hemocultura
- () Administrado antibiótico
- () Realizado doseamento lactato sérico antes de 30 minutos
- () Se lactato alterado ou hipotensão, administrado 20 ml/kg de cristalóide em 30 minutos
- () Se manteve hipotensão imediatamente após item anterior, iniciado noradrenalina
- () Se manteve hipotensão ou lactato inicial > 28 mg/dl, passar acesso venoso periférico para acesso venoso central
- () Colhido ScvO2 (gasimetria).

PASSADAS SEIS HORAS DO MOMENTO INICIAL RESPONDA A MAIS DOIS ITEMS:

- () Feito reposição de volémia **pelo menos** até PVC > 12 cmH2O.
- () Otimizada SvO2 >70% com mais reposição volêmica, dobutamina e transfusão de hemácias nos casos indicados.

O atendimento ao cliente séptico é multidisciplinar e todos, TODOS devem estar envolvidos para que o objetivo seja atingido!

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

ANEXO Nº 4 – ORIENTAÇÕES VIA VERDE SÉPSIS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA

(FOLHETO - RESUMO)

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

ORIENTAÇÕES SEPSIS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA (FOLHETO - RESUMO)

OBJETIVO: fornecer orientações para a identificação, avaliação e tratamento de doentes que apresentam sépsis grave ou choque séptico.

I. Identificação do Doente e Gestão Inicial

A. Os doentes \geq 18 anos de idade, com suspeita de diagnóstico de sépsis terão prioridade para avaliação médica imediata e ativação de Orientações sépsis, se indicado.

- Enfermeira(o) da triagem identifica os doentes apropriados com suspeita de sépsis e encaminha para a sala de emergência, contacta medicina interna e Enfermeiro(a) de “buracos” que coloca o doente em maca com monitorização hemodinâmica e alocação adequada de recursos necessários.
- Quando os doentes são identificados durante o internamento em SO ou avaliação médica, a enfermeira responsável pelo doente dá resposta às recomendações da sépsis e aloca os recursos adicionais necessários.

B. Gestão médica inicial para sépsis inclui:

- Determinar fonte ou fonte potencial de infeção.
- Determinar se a fonte exigirá uma consulta de especialidade.
- Priorizar o tratamento médico e estabilização administração (IV) de fluidos e administração de antibióticos logo após colheita das análises, de culturas (hemocultura, urocultura, colheita de ponta de cateter...)

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

C. Doentes

Devem considerar-se candidatos potenciais para a ativação das orientações Sépsis se **tiverem uma infecção (ou suspeita de infecção)**, com uma pressão arterial sistólica (**PAS**) **<90 mm Hg** (ou pressão arterial média (**PAM**) **<65 mm Hg**) e acompanhada por qualquer um dos seguintes critérios (na ausência de doença cardíaca aguda, ou seja, síndrome coronária aguda, edema pulmonar e AVC): *

- A temperatura do núcleo <36°C ou> 38°C
- A frequência cardíaca > 90 batimentos / minuto
- A frequência respiratória > 20 movimentos / minuto
- Contagem de células brancas do sangue <4.000 ou> 12.000 ou> bandas de 10%

* No início para identificar os doentes já em contínuo sépsis, apenas um dos quatro critérios tradicionais SIRS é necessária.

D. Doentes que detenham os critérios acima serão encaminhados com prioridade para:

- Avaliação do médico de medicina interna e / ou reavaliação
- Reavaliação sinais vitais de 15 em 15 minutos.
- Repetição em bolus de 500 ml solução salina 0.9% (soro fisiológico), até 2-3 litros (ou 30 ml / kg), até se obter PAS> 90 mmHg ou PAM> 65 mm Hg ou conforme o critério do médico que institui o tratamento.

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

II. Ativação de Diretrizes Sépsis

A. O médico de medicina interna ativará as Diretrizes Sépsis quando não há resposta adequada à reposição da volémia e PAS permanece <90 mm Hg ou PAM <65 mmHg

- Médico pode ativar as Diretrizes Sépsis em qualquer momento anterior à reposição hídrica com base na sua avaliação clínica.
- Médico pode optar por não ativar as Diretrizes Sépsis, mesmo que a PAS continua <Hg 90 milímetros, se a condição clínica do paciente é estável e não há outras características clínicas compatíveis com a evolução do choque.

B. Ativação médica das orientações Sépsis para o doente é a seguinte:

- Médico de medicina interna contata Intensivista para a necessidade de cama na UCI, encaminhamento e seguimento do doente
- Caso não haja vaga, contata Unidade de cuidados intermédios para a necessidade e encaminhamento e seguimento do doente
- Interna no SO até vaga na UCI/UCINT ou contata CODU para providenciar Vaga em UCI (em situações emergentes) de outra instituição

C. Ativação de Diretrizes Sépsis para doentes que necessitam de outra especialidade de cuidados (Cirurgia, Obstetrícia / Ginecologia) é a seguinte:

- Médico de medicina interna informará a equipa de Cirurgia. Esta após avaliação segue o doente dentro da sua especialidade. Encaminha e ou envia para avaliação se a situação for de Obstetrícia/ginecologia.

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

- Quando admitidos sob cirurgia ou sob especialidade obstétrica ou ginecológica, o médico de cirurgia contata Intensivista para a necessidade de cama na UCI, encaminhamento e seguimento do doente

III. Papéis e Responsabilidades

A. Enfermeira da triagem

- Identificar doentes apropriados com suspeita de infecção, utilizando os critérios acima.
- Priorizar o encaminhamento para a sala de emergência e notificação do enfermeiro (a) “de buracos” para seguimento do caso

B. Médico de medicina interna

- avaliação imediata de todos os doentes com uma infecção ou suspeita de infecção (reunião dos critérios acima).
- efetuar gasimetria (para avaliação do lactato e dispersão do O₂ e CO₂ no sangue)
- Realizar electrocardiograma (ECG)
- Iniciar o tratamento médico e estabilização.
- Iniciar Diretrizes Sépsis se o paciente não responde à reposição da volémia inicial.
- Inserir cateter central, se o acesso periférico inadequado (acesso adequado permitirá que 500 ml em bolus de um fluido ser administrada dentro de 15-20 minutos).
- Os antibióticos devem ser ordenados e iniciados dentro de uma hora, com base em orientações do protocolo interno de antibioterapia para doenças infecciosas.
- Gestão Emergente irá também incluir a fluidoterapia continuada:

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

i. Médico de medicina interna pode optar por monitorizar a pressão venosa central, continuando a reanimação com fluidos se a PVC <10 e PA sistólica <90 (ou PAM <65).

ii. Como alternativa, a administração agressiva de líquidos em doentes hipotensos pode continuar sem a necessidade de monitorização da PVC.

iii. Na maioria dos doentes com choque séptico, nem o início da terapia vasopressora ou preocupações de sobrecarga de volume impediriam de continuar com um adicional de 2-3 litros de líquidos por via intravenosa.

- Decisões sobre a gestão de fluidos e a necessidade de monitorização da PVC deve ser feita de forma colaborativa entre médicos

i. Se um vasopressor é necessário, a norepinefrina ou dopamina seriam os vasopressores preferidos.

- Considerar a necessidade de Consulta de Doenças Infeciosas.

Apesar de todos os doentes internados com síndrome de sépsis ou choque séptico alguns poderão necessitar de consulta de doenças infecciosas no prazo de 24 – 48 horas após o internamento, em geral incluem:

- i. Os doentes com alergia a medicamentos com um dos antibióticos recomendados;
- ii. Os doentes com suspeita de meningite ou infeção do SNC;
- iii. Doentes com risco de infeção oportunista ou de outra forma incomum em virtude de imunossupressão, viagens recentes, exposição ocupacional ou ambiental, ou quaisquer outros de confusão das características clínicas ou atípico;

- Intervenções de registo no processo clínico.

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

C. Enfermeira(o) de “buracos”

- Avaliação do doente e realização do conjunto de intervenções interdependentes e autónomas ao doente de acordo com o protocolo sépsis.
- Estabelecer dois pontos distintos de acesso IV (acesso adequado permitirá que um fluido em bolus de 500ml ser administrado dentro de 15-20 minutos).
- Obter e enviar colheitas de sangue para análise ao laboratório: hemograma, bioquímica, coagulação, tipagem
- Obter dois conjuntos de culturas de sangue a partir de dois locais separados, antes da administração de antibióticos e com precisão do tempo (hora exata da colheita)
 - i. Um conjunto pode ser obtido no momento da colocação do cateter IV após desinfecção do local conforme a norma de procedimento de colheita de sangue para hemocultura
 - ii. Não lave cateter antes da colheita da amostra.
- Obter exame de urina e cultura.
- Obter cultura de expetoração quando requisitado.
- Realizar monitorização da glicose no sangue (BMT 2/2 h).
- Administrar oxigénio para manter a oximetria de pulso > 91%.
- Inserir cateter de Foley para controlo da diurese no **conjunto do balanço hídrico**
- Monitorizar os sinais vitais a cada 15 minutos durante a administração de fluidos em bolus, Observar a resposta do doente ao tratamento e registar os resultados
- Iniciar antibióticos dentro de uma hora de ativação Sépsis de preferência logo após a colheita das culturas
- Facilitar o processo de admissão no SO/UCI cujo objetivo para transferência do doente é de 90 minutos.

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

ANEXO Nº 5 – BASE DE DADOS DA VVS

“HAN” – Serviço de Urgências	PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA	2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44
------------------------------	---	-------------------------------------

BASE DE DADOS DA VVS

(Para desenvolvimento interno com apoio dado pelo SSTI do “HAN”)

É pretensão da Direção Geral de Saúde que seja elaborado e lhe seja enviado periodicamente um relatório com dados da Via Verde da Sépsis. Nesse sentido é necessário fazer registos informatizados dos parâmetros a avaliar, para isso pensamos desenvolver uma base de dados que sirva esse fim, em todo semelhante à desenvolvida pelos HUC (HUC, 2011) (por benchmarking), a qual será preenchida pelo médico e enfermeiro da VVS.

A base de dados da VVS terá ainda o enorme interesse de fornecer informação sobre os casos de sépsis do “HAN”, para que no futuro possamos responder a perguntas simples que atualmente ficam sem resposta, nomeadamente: quantos casos de sépsis tratados, qual a sua gravidade, quanto tempo demoramos a identificá-los e a iniciar tratamento, como tratamos, onde tratamos, qual a mortalidade, etc.

Os pontos fundamentais a registar são:

- Enfermeiro da triagem
 - Janela: **Via Verde da Sépsis – Triagem**

Assinalar os dois critérios de SIRS e um de Infecção identificados na triagem

Assinalar a ativação da Via Verde da Sépsis e Hora

- Médico da VVS
 - Janela: **Ativação da Via Verde da Sepsis**

Confirma o diagnóstico de Sépsis

Pesquisa Critérios de Exclusão, se ausentes confirma a ativação da Via Verde Sépsis

Se Critérios de Exclusão presentes assinala-os e não confirma a ativação da VVS

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

➤ Janela: **Infeção**

Seleciona o tipo de sépsis, indicando o foco de infeção

Indica as bacteriologias pedidas e hora da colheita

Prescreve o antibiótico, indicando a hora de prescrição e hora de administração

➤ Janela: **Choque Séptico**

Assinala os Critérios de Hipoperfusão presentes e a hora do diagnóstico

Coloca CVC indicando o local de inserção e a hora

Regista as complicações ocorridas, se existirem

➤ Janela: **Choque Séptico 2**

Indica a hora de avaliação da primeira PCV e assinala se PVC <8.

Indica o volume de cristalóides e colóides administrados.

Indica a hora a que suspendeu a correção de volume e se o objetivo da correção da PVC (PVC ≥ 8) foi ou não conseguido.

Indica a hora de avaliação da primeira PAM e assinala se PAM <65mmHg.

Indica as aminas vasopressoras administradas e respectiva dose máxima.

Indica a hora e local anatómico de colocação da linha arterial.

Indica a hora a que concluiu a correção da PAM e se o objetivo da correção desta foi ou não conseguido (PAM ≥ 65 mmHg).

Indica a hora de avaliação da primeira SvcO2 e assinala se SvcO2 <70%.

Indica se administrar Dobutamina e a respectiva dose máxima.

Indica a hora a que concluiu a correção da SvcO2 e se o objetivo da correção desta foi ou não conseguido (SvcO2 $\geq 70\%$).

Indica a hora a que deu por concluída a correção dos Lactatos e o respectivo valor.

<p>“HAN” – Serviço de Urgências</p>	<p>PROTOCOLO VIA VERDE SÉPSIS SERVIÇO DE URGÊNCIA</p>	<p>2011.07.20 ED. 0 PÁG. X DE 44</p>
-------------------------------------	---	--

Regista a diurese horária.

➤ Janela: **Destino**

Indica se a VVS foi continuada na UCI e a hora a que teve início.

Indica a hora a que foi decidida a orientação, seja para o Ambulatório, para a Urgência Geral/SO, seja para os Cuidados Intermédios/Intensivos ou para o Internamento. No último caso, indica a enfermaria onde o doente foi internado.

Por razões de segurança da base de dados, a saída da janela “Destino” encerra o caso, não podendo o mesmo caso ser reaberto a partir deste ponto.

Inicialmente, para facilitar a colheita e registo dos dados dos doentes incluídos na VVS, será disponibilizada uma folha em papel para anotar os dados colhidos, os quais serão posteriormente introduzidos na base. Ficará ao critério de cada profissional colher o registo em papel, mas deve introduzir os dados diretamente na base o mais breve possível.

APÊNDICE Nº 12 – Poster de divulgação Científica

Como Enfermeiros, o nosso lema é cuidarMas afinal, quem cuida de nós?

Comprometidos em ajudar/cuidar o outro é imperioso velar pelo próprio bem-estar físico, psíquico, emocional e social em que se encontram submetidos. Encontrar o equilíbrio, como factor decisivo para a sua própria qualidade de vida, satisfação pessoal no trabalho, integridade e dignidade, para cuidar cada utente que se apresenta, único e diferente com as suas crenças, valores atitudes e comportamentos.

Cuidar de si (auto-cuidado), cuidar do/no ambiente de trabalho e promover a cidadania são três factores a interiorizar:

1º CUIDAR DE SI (auto cuidado) – Quem cuida de nós somos nós próprios:

Higiene pessoal
Higiene alimentar
Higiene do sono/repouso
Higiene postural e ergonómica
Higiene cultural e mental
O lazer
Reconhecimento do desgaste e dos sintomas de exaustão
Solicitar e partilhar ajuda (relação de ajuda)
Abertura ao diálogo, à crítica construtiva e à diferença de opinião

2º CUIDAR DO/NO AMBIENTE DE TRABALHO - No decurso do cuidar devemos inculcar nas nossas práticas, diariamente:

A segurança e a higiene do trabalho.
Reflexão dos processos de trabalho
Planear os recursos materiais a utilizar
Executar as técnicas com destreza e em segurança.
Promover a higiene e ergonomia ambiental
Uso correcto e efectivo dos equipamentos de protecção individual
Condições de trabalho consentâneo com as necessidades (consumíveis, equipamentos, infra-estruturas e processos) e solicitações.
Técnicas para melhor cuidar – Normas e procedimentos
Dinâmicas de grupo entre os vários profissionais dos mais diferentes serviços,
Respeitar a dignidade e os direitos dos semelhantes
Bom senso e diálogo.

3º AGENTES DE MUDANÇA – PROMOTORES DE CIDADANIA

A abertura individual às solicitações, críticas e sugestões para com o serviço e com o serviço ou instituição (entenda-se por serviço a estrutura física, os diferentes grupos profissionais e principalmente os utentes que são a razão de ser da profissão). O serviço/instituição deve:

Incentivar condições de relação entre a equipa e condições motivacionais, formação

Técnicas de relação, de trabalho em equipa e de intervenção

Gestão de conflitos

Assertividade e comunicação

Colaborar na definição e instituição organizacional de Normas e Procedimentos baseados nas melhores práticas

Proporcionar registos objectivos com qualidade

Apelar a participação dos recursos humanos (pessoas) sobre questões e sugestões para a melhoria contínua da qualidade do cuidar

Participação de cidadania nas questões da saúde em geral, na instituição e na comunidade que nos rodeia

CONCLUSÃO

Os Serviços podem ser grandiosos, bem apetrechados com equipamentos e técnicas de ponta, mas são os profissionais na sua plenitude que lhe dão a alma. Os recursos humanos são o maior valor, saibam as instituições potenciá-lo. As organizações serão assim, mais saudáveis - "autentizóticas".

Cuidar do Cuidador - Enfermeiro

BIBLIOGRAFIA:

- SEQUEIRA, Carlos (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto editora. ISBN 978-989-558-092-7
RISPAIL, Domini (2009). Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Luso editora. ISBN 972838342
OLIVEIRA, Cleide Correia de; Portão, REBECA Amâncio Antas; GOMES, Emiliana Bezerra (2007). A outra face da moeda: construção do cuidado de si. SAÚDE COLETIVA: Coleções. Número 1. Vol.1. ISSN 1982-1441

AUTOR
Amaro Silva Pinto
Enf.º Grad.
- 2010